

Metodología para la
**FORMULACIÓN DE PERFILES
DE COMPETENCIAS**
para trabajadores del primer nivel de atención

Dirección General de Políticas, Regulación y
Gestión del Desarrollo de los Recursos Humanos
Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos



Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud y su
Aplicación en una Región del Perú
Convenio PER/B7-310/IB/97/209

MINISTERIO DE SALUD

Dra. Pilar Mazetti Soler

Ministra

Dr. José Carlos Del Carmen Sara

Viceministro

INSTITUTO DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui

Jefe Institucional

Catalogación hecha por el
Centro de Documentación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH

Ministerio de Salud

Metodología para la Formulación de Perfiles de Competencias para
Trabajadores del Primer Nivel de Atención.

1^{ra} edición - Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2005.
159 pp.

Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N°3

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2005-8669

© Ministerio de Salud, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2005
Av. Jorge Basadre 990 - San Isidro, Lima - Perú.
Central telefónica: 442-2010 / Fax: 440-5871
recursoshumanos@idreh.gob.pe

Producción gráfica: duArtes 247-2788

Dra. Pilar Mazetti Soler
Ministra de Salud

Dr. José Del Carmen Sara
Viceministro de Salud

Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui
Jefe Institucional del IDREH

Formulación

Mg. Henry Rebaza Iparraguirre.

Lic. Jany Aldave Rodriguez.

MC. Julio Alvarez R.

Apoyo Técnico

Dirección de Políticas Regulación y Gestión del Desarrollo RRHH

Dr. Lizardo Huamán Angulo.

Director General

Dirección General de Políticas, Regulación y Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos.

Lic. Lindaura Liendo Liendo.

Lic. Ena Llamosas Félix.

Dr. Manuel Núñez Vergara.

Equipo técnico

Dirección Ejecutiva de Políticas y Regulación-IDREH.

Coordinación técnica Proyecto AMARES

Sr. Leo Nederveen.

Lic. María Casas Sulca.

Apoyo Administrativo

Srta. Julia Rosa Soto Asto.

Srta. Irma Gloria Chévez Gutierrez.



PRESENTACIÓN


En los últimos años, se vienen dando importantes contribuciones nacionales en el tema de los perfiles ocupacionales, lo cual lejos de constituirse en motivo de discusión académica, se ha convertido en un eslabón fundamental para enlazar de un lado el desempeño de los servicios de salud y del otro las competencias de los trabajadores, reflejando así la coherencia entre las instituciones educativas y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Nuestra convicción del rol central que asumen los recursos humanos (término usado por convención, pero el cual interiorizamos como "talento humano"), se concreta en incluir en nuestra agenda de prioridades el desarrollo de las personas que asumirán los procesos de planificación, programación, ejecución, monitoreo, supervisión y evaluación de las acciones sanitarias, y por consiguiente la definición clara y precisa de las competencias para abordar estas funciones con la finalidad de afrontar en las mejores condiciones, los problemas de salud del país en sus ámbitos local, regional y nacional.

En tal sentido, la presente publicación propone un marco conceptual y metodológico para definir los perfiles ocupacionales de los trabajadores del primer nivel de atención, acordes con la Política Nacional de Salud, expresada en los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012, el Modelo de Atención Integral de Salud, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado, así como con los procesos de modernización, reforma del Estado y descentralización. Las consideraciones básicas para la lectura crítica y reflexiva de esta propuesta son la solidaridad como principio fundamental, la eficacia, eficiencia y efectividad del sector como exigencias irrenunciables, la calidad de la atención como derecho ciudadano y la equidad e interculturalidad como elementos fundamentales de la justicia social.

En las páginas siguientes se encontrará un marco general en el que se analizan los enfoques de competencias en el contexto de los cambios en los sectores de salud, educación y trabajo, así como de desarrollo humano. Asimismo, se describe los principios fundamentales del análisis funcional, con énfasis en la metodología para elaborar un mapa funcional y formular en última instancia los perfiles ocupacionales por competencias, elementos que en su conjunto hacen de la presente publicación, un instrumento para la acción.

El Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos pone a consideración de los trabajadores y directivos del sector salud esta nueva publicación, fruto del trabajo desarrollado por nuestro Instituto conjuntamente con un importante equipo técnico consultor, y que se nutre de



la valiosa labor de diversas instituciones y profesionales que han permitido construir una experiencia y perspectiva nacional en el tema. Asumimos así el trabajo encargado, convencidos de contribuir a ubicar el desarrollo de los recursos humanos como elemento fundamental en el esfuerzo de todos nosotros por construir una sociedad más justa y saludable.

Dr. Rómulo Carrión Arrunátegui
Jefe Institucional
Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
JUSTIFICACIÓN	13
ANTECEDENTES	19
1. Problemática	19
2. Principales problemas relativos a la gestión del trabajo en salud	23
Capítulo I	
MARCO GENERAL	27
1. Introducción al concepto de competencias	29
2. Procesos relacionados con las competencias	29
3. Las competencias en el contexto de los cambios en educación, trabajo y salud	30
4. El enfoque del desarrollo humano	31
5. Educación y trabajo	32
6. La cuestión del trabajo	34
7. Salud y educación	36
Capítulo II	
MARCO CONCEPTUAL	39
1. Definiciones de competencia laboral	41
2. Diferentes enfoques en la tipología de competencias laborales	47
3. Relevancias de las competencias clave o competencias transversales	48
4. Perfil ocupacional por competencias	49
5. Los procesos para aplicar el enfoque de competencia laboral	54
6. Los métodos para definir competencias	56
7. La estandarización o normalización de competencias	76
8. Los catálogos de competencias	80
9. Estableciendo normas de competencias, una guía para la aplicación práctica	81
Capítulo III	
MARCO INSTRUMENTAL - METODOLÓGICO	83
1. Pautas para la elaboración de perfiles ocupacionales por competencias	85
2. Estrategias metodológicas para el proceso de formulación de perfiles ocupacionales por competencias	85

Guía 1. Factores facilitadores y restrictores	95
Guía 2. Prorización de problemas	99
Guía 3. Modelo sanitario	106
Guía 4. Perfil ocupacional: propósito general, características generales de la ocupación	115
Guía 5. Competencia general	120
Guía 6. Competencias específicas	124
Guía 7. Norma de competencia	133
Capítulo IV	
INSTRUMENTOS	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153



INTRODUCCIÓN

La falta de sistematización de los importantes avances realizados en el país en el tema de recursos humanos (en algunas direcciones regionales de salud del país especialmente en lo relacionado a la determinación de perfiles ocupacionales), ocasiona un vacío que es necesario evaluar para poder relacionar el desempeño de los servicios de salud con las competencias de los trabajadores, permitiendo así mismo determinar el actual nivel de coordinación entre las instituciones de salud y las instituciones educativas.

Por lo tanto el Ministerio de Salud, ente rector del sector, requiere definir y oficializar los perfiles ocupacionales por competencias de los grupos ocupacionales profesional y técnico, priorizando los establecimientos del primer nivel de atención, en coherencia con los Lineamientos de Política Sectorial 2002-2012, la Atención Integral de Salud, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y el proceso de descentralización en curso¹.

Al respecto, no se pueden desconocer los importantes avances realizados en la formulación de perfiles ocupacionales por competencias, entre los que destaca la propuesta «Metodología para la formulación de Perfiles por Competencias de los Equipos de Salud» elaborada por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, sino por el contrario enriquecerlos y validarlos.

En la lectura de la historia sanitaria de nuestro país, al igual que en la mayor parte de América Latina, el diseño del sistema de salud se nutrió de las ideas centrales de las tres generaciones de reformas; de manera tardía en algunos casos, superpuesta en otros y, en el peor de los casos, de manera tergiversada o mediatizada por los intereses políticos de los gobiernos de turno, de los grupos económicos poderosos o de la agenda particular de los organismos de cooperación internacionales.

En este sentido consideramos como una medida importante y trascendente (que contrasta con la acción institucional del MINSA de los años anteriores), el cierre de la Escuela de Salud Pública y la creación del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) que tiene como una de sus principales funciones la rectoría del campo de los recursos humanos en salud, en procura de mejores niveles de salud para la población peruana.

Es necesario lograr cada más acuerdos en torno a que el mejoramiento de la salud del país requiere de acciones sistémicas, basadas en la demanda de acuerdo a sus prioridades sanitarias; para desarrollar un sistema de salud incluyente en donde el desarrollo de recur-

Los recursos humanos, constituya el eje fundamental del proceso sanitario (planeamiento descentralizado, programación integral, supervisión integral, monitoreo de procesos integrales y evaluación de resultados) que debe ser transversal y permanente para el desarrollo y mantenimiento de competencias del personal de salud y los agentes comunitarios para la atención integral, en función del logro de resultados previstos².

Los recursos humanos deben contar con las competencias necesarias para ofrecer los cuidados esenciales y conducir las acciones estratégicas que se requieran para el logro de los objetivos del modelo final, es decir, resultados sanitarios. Bajo este nuevo marco, el desarrollo de competencias son fundamentales para la puesta en marcha de las operaciones esenciales del Modelo de Atención Integral de Salud -MAIS (en sus respectivos componentes, provisión, organización, gestión y financiamiento).

Los perfiles ocupacionales con el enfoque de competencias, constituyen una herramienta valiosa para la gestión moderna de los recursos humanos de las organizaciones de salud, ya que a través de ella el gestor de recursos humanos puede realizar un diagnóstico situacional del personal a su cargo y establecer brechas de competencias, por lo tanto, tomar decisiones de mejora del desempeño de evaluación del mismo; formular planes de capacitación adecuados a necesidades específicas; seleccionar nuevo personal que se acomode al perfil requerido por la organización; y en el contexto de una interacción con los diversos actores del campo de recursos humanos, plantear la necesidad de modificar la currícula de formación de los profesionales y técnicos en salud. Esta metodología aborda un aspecto crítico de la gestión de recursos humanos, lo cual ponemos en consideración de la comunidad sanitaria, con el ferviente deseo que en el desarrollo de su quehacer diario le sea de suma utilidad.

JUSTIFICACIÓN

La humanidad está viviendo una etapa histórica tan rica en descubrimientos e innovaciones, como llena de incertidumbres, necesidades y problemas en aumento.

Sabemos que se seguirán produciendo grandes descubrimientos, no podemos predecir cuáles, pero intuimos que la ciencia y en particular la ciencia médica -nutrida de otras disciplinas-, seguirá abriendo muchas puertas a la esperanza. Desconocemos si la tecnología continuará dominando al sistema de salud, pero suponemos que se crearán nuevos mecanismos que exigirán soluciones inteligentes de personas con competencias y con compromisos sociales.

Los escenarios en los que se mueven las organizaciones también han cambiado sustancialmente en los últimos años. El acceso fácil a la información, la presencia de nuevas competencias, la mayor exigencia por parte de los clientes y los avances tecnológicos, son algunos de los factores que obligan a las organizaciones a desarrollar sus actividades en un entorno más competitivo y dinámico.

Nos hallamos pues, ante la necesidad de establecer un proceso permanente de adaptación de las competencias de los recursos humanos a las necesidades globales, sectoriales e individuales de los ciudadanos.

Los países desarrollados gastan en salud lo que les corresponde por renta y desarrollo y son conscientes de que ahora conviene frenar la utilización innecesaria de los servicios. Reconocen que la causa de la reducción de los recursos está en la falta de eficiencia de sus trabajadores³. Esta exigencia de eficiencia, marcará igualmente el desempeño de los recursos humanos en los países en vías de desarrollo como el nuestro.

El Perú termina el siglo XX con una paradójica combinación de problemas y oportunidades. Si bien con decisión y enorme sacrificio del pueblo peruano se logró estabilizar la economía, derrotar al terrorismo, reinsertar al Perú en la comunidad financiera internacional, también es innegable que paralelamente tuvimos quiebre de las instituciones democráticas, excesos en la represión del terrorismo, un gobierno autoritario y prepotente, arbitrariedad, falta de transparencia y redes de corrupción en el ejercicio de la función pública con abrumadora concentración del poder político y desatención ostensible a las políticas sociales para enfrentar los graves problemas sociales y pérdida de valores; un escenario de conflictos que al mismo tiempo es de oportunidades para recuperar los valores éticos y morales, reformar y descentralizar el

Estado, promover una noción compartida del bien común y generar procesos de cambio incluyentes, justos y solidarios.

Las transformaciones en el contexto internacional y el proceso de globalización, hacen necesaria una profunda reforma del Estado peruano para responder al conjunto de demandas externas e internas, particularmente por las circunstancias específicas del último decenio que generó una alarmante debilidad de las instituciones estatales en contraste con el incremento de las demandas sociales, con la necesidad de incorporar a grandes segmentos poblacionales empobrecidos como ciudadanos con pleno ejercicio de sus derechos, y con la exigencia de una descentralización efectiva del poder político.


Particularmente la reforma del sector salud en nuestro país es una tarea aún pendiente en lo fundamental, pues si bien el proceso iniciado en la década pasada tuvo orientaciones marcadas por conceptos aplicados en otros países, lamentablemente no fue un proceso que convocó a los distintos actores de la sociedad civil, ni consideró las especificidades de la realidad peruana, de manera tal que al igual que los países del área andina estamos en las primeras etapas de la reforma⁴.

A pesar que el actual gobierno ha privilegiado los derechos laborales, los servicios sanitarios han mejorado poco; en los últimos 10 años, la introducción de nuevos enfoques de gestión y de mayores recursos en el sistema de salud ha permitido aumentar la productividad, ha introducido mejoras en la infraestructura sanitaria y ha proporcionado procesos sanitarios importantes. Hemos aprendido a trabajar mejor y a entender la cultura de la calidad en los servicios; gracias a procesos de capacitación se produjo una mejora continua en el trabajo, sin embargo la falta de sostenibilidad de estos servicios y su desvinculación de las necesidades estratégicas de salud, ha producido una sensación de estancamiento y, en conjunto, ha contribuido al pobre desempeño del sistema de salud peruano.

Así mismo, se han generado esfuerzos importantes por cambiar el modelo de atención fragmentado y vertical, específicamente tratando de introducir la atención integral en los servicios. En un primer momento, se concibió esta atención como la prestación integrada de los servicios. Se buscaba generar mayor eficiencia y reducir las oportunidades perdidas que iban contra el cumplimiento de las metas programáticas; en esta estrategia se priorizaron las necesidades individuales, desconociendo las necesidades de la familia y de su entorno.

El Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) desarrolló una metodología para la formación de recursos humanos orientados a prestar una atención integral. Estos esfuerzos incluyeron la definición de estándares y mecanismos para la acreditación de servicios que cumplieran con los criterios de atención integral⁵. Sin embargo, muchos de estos esfuerzos fueron sólo experiencias locales y no se logró modificar el modelo nacional existente.

Paralelamente y ante la ausencia de una conducción clara de los niveles estratégicos, surgieron dinámicas regionales de búsqueda de modelos y procesos de atención integral. La más antigua y reconocida es la del Proyecto UNI, en el distrito de Moche⁶, en Trujillo (La Libertad), financiada con aportes de la Fundación Kellogg. Esta propuesta organizó un sistema sectorizado, con una metodología orientada a lograr la protección de la familia. Además, se consiguió ligar la atención individual en el establecimiento de salud a la atención de la familia y de los sectores, bajo una lógica de riesgos y señales de alarma.



Con algunos elementos de este desarrollo, la DISA La Libertad a partir de 1996 impulsó desde la Dirección de Salud de las Personas, la integración de los programas nacionales principalmente a través de los equipos de ATIN (Atención Integral del Niño), ESIM (Equipo Salud Integral de la Mujer), Equipo de Trasmisibles y Equipo de Programas Especiales, que operacionalizaron en todos los establecimientos del I y II nivel de atención del departamento las unidades operativas de atención al niño y a la mujer; instrumentaron su modelo de atención integral; sistemas de gestión y soporte (supervisión integral); y avanzaron en la evaluación de los resultados sanitarios. A fines de la década el impulso al desarrollo de un modelo de atención integrada, organizada por niveles de atención⁷ con una red de vigilancia enlazada en la comunidad, permitió reducir la morbimortalidad de la población infantil y el número de muertes maternas⁸.

Otra experiencia relevante fue desarrollada al final de la década pasada en Cajamarca, con el Proyecto APRISABAC (Convenio Multilateral Perú-Holanda-Suiza con la DISA Cajamarca). Con una atención integral y de calidad a la población, desarrolló particularmente el componente de atención a la comunidad de extramuros, con un enfoque participativo⁹.

En el mismo sentido, la Dirección Regional de Salud de San Martín estableció esquemas organizacionales integrados y una experiencia regional en atención integral. En esta experiencia se avanzó en la definición de procesos de atención integral para la mujer y el niño, reorganizando los servicios y generando un conjunto de sistemas de apoyo para el Modelo de Atención¹⁰.

En otras regiones del país también han habido avances importantes. Tal es el caso de Tacna, y Ayacucho en tiempos más recientes, donde se viene haciendo esfuerzos alentadores para generar un modelo de gestión más acorde con la atención integral, y conseguir una mayor participación de la comunidad.

La cooperación técnica y financiera internacional contribuyó en el proceso a través de experiencias como el Proyecto 2000 (P2000), el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), el Proyecto de Desarrollo de Capacidades, y el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB)¹¹, entre otros; todos han contribuido de modo importante en la orientación y desarrollo de los cambios del Modelo de Atención, orientándolo hacia una atención más integral. Dichos proyectos apoyaron iniciativas en varias regiones del país, y capacitaron a profesionales, técnicos y agentes comunitarios de salud según los nuevos enfoques.

Actualmente desde el nivel nacional se vienen dando los pasos técnicos para implementar la atención integral como modelo de atención en los servicios de salud del país; son experiencias piloto a base de aplicaciones iniciales del Modelo de Atención Integral en 05 Diresas del país, La Libertad, Tumbes, San Martín, Ayacucho y Cajamarca; en ellas fundamentalmente se vienen diseñando las estrategias de implementación e instrumentación.

En el país hubo una expansión en la infraestructura en el primer nivel de atención; según el censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Sanitarios del MINSa, en 1996 existían 6717 establecimientos entre puestos y centros de salud ubicados en áreas urbanas, urbano marginales y rurales; EsSalud por su parte contaba con 195 centros de salud ubicados en los ámbitos rural y urbano marginal preferentemente; asimismo, en la etapa 1992-1996 los

nombrados aumentaron un 27%, los contratados a plazo fijo un 68% y los contratados por servicios no personales en más de un 400%. Históricamente entonces, se ha producido una ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud, estableciendo un nuevo nivel de demanda efectiva, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura y del financiamiento, sino del mayor rendimiento de la fuerza laboral¹².

Actualmente está comprobado que en un sistema de asistencia sanitaria en el que el gasto no es finito, los cambios en el volumen y la intensidad de la práctica clínica son los principales factores del aumento de los costes, y estos están fuertemente influidos por las competencias de los prestadores¹³. Hay nuevamente entonces la necesidad de revisar para innovar el modelo. Será necesario introducir mejoras, sobre todo en la atención, dado que buena parte de la solución a este problema está en manos del personal de salud, que es quien decide el resultado final de las intervenciones.


En un escenario con altas externalidades, los recursos humanos eran, son y serán los factores claves de toda organización. No existen organizaciones sin las personas que la conforman, la gestionan, producen, mantienen, desarrollan o destruyen; por lo tanto, en un sistema en el que el producto principal es un servicio o bien de salud, el medio por el cual se logra es esencialmente el despliegue de las competencias (o incompetencias) de los trabajadores de salud, a través de un proceso de relación usuario-trabajador. Esa interacción única replicada una tras otra en un sistema de salud, da como resultado coberturas, atenciones, tasas, logros o retrocesos.

Nadie puede entonces, estar en desacuerdo con la importancia estratégica de los recursos humanos en salud cuya gestión depende en gran parte de la definición de perfiles ocupacionales basados en las competencias requeridas para el logro de los resultados sanitarios buscados.

McCorcle y Heer¹⁴ identificaron diversas competencias que se relacionan con el modelo que asegura el éxito en la gestión de sistemas sanitarios: honestidad, habilidades cognitivas y visión estratégica. Pero un trabajador sanitario no sólo nace, sino que también se hace. La competencia en esta nueva era está íntimamente relacionada con la capacidad de adquirir conocimientos (saber), de poseer diversas capacidades y habilidades (saber hacer), de adoptar nuevas actitudes (saber ser) y de comunicar (hacer saber).

Los nuevos trabajadores sanitarios deberán tener una insaciable curiosidad por la vida y una incesante búsqueda para aprender continuamente¹⁵. Precisan contrastar estos conocimientos por medio de la experiencia, compartiendo evidencias ajenas, aprendiendo de los errores propios¹⁶. Tendrán que mantener siempre alerta todos los sentidos. Han de saber observar y escuchar. Han de aceptar la ambigüedad, la paradoja y la incertidumbre¹⁷. Desarrollar un difícil equilibrio entre la lógica y la imaginación. Ser capaces de reconocer que todos los fenómenos están interconectados.

En el mundo de las instituciones modernas, existe de todo un poco: innovadores, burócratas y parroquianos. Sin embargo, deben existir directivos calificados que no desconocen la gestión del cambio, la utilidad de una buena gestión de los recursos humanos, la importancia de los aspectos relacionados con la comunicación y la satisfacción del cliente y la búsqueda incesante de nuevas formas de trabajo efectivo.



La tarea permanente de dar salud hoy, no es la misma de ayer; los cambios y las necesidades que diariamente surgen en las personas influyen notoriamente en el diario accionar de las instituciones de salud; cada uno de los actores y componentes del sistema de salud en su conjunto, deben ajustarse óptimamente a estos cambios.

Cada institución de servicio productivo debe trabajar de manera eficaz en el logro de los objetivos que estos cambios conllevan; a partir de este nuevo enfoque que considera el recurso humano como capital humano, se puede aumentar sus capacidades y elevar sus aptitudes para valerse por sí mismo y entregar lo mejor de sí a su trabajo, sintiéndose conforme con lo que realiza y asegurar con continuidad el resultado de una mejor salud para la población.

La gestión no sólo debe centrarse en la tecnología y la información, sino que debe recuperar el sentido humano de la institución reconociendo que la clave de una gestión acertada está en la gente que en ella participa.

Sabemos que la tecnología de avanzada es indispensable para lograr la productividad que hoy nos exige el mercado, pero vemos también que el éxito de cualquier emprendimiento depende principalmente de la capacidad de innovación y adaptabilidad que posean los trabajadores que participan en la organización.

Lo que hoy se necesita es desprenderse del temor que produce lo desconocido y adentrarse en la aventura de cambiar interiormente; innovar continuamente, entender la realidad de los recursos humanos, enfrentar el futuro, entender la institución, reconocer la demanda de la población y nuestra misión en ella, para el logro de resultados sanitarios.

Una herramienta indispensable para enfrentar este desafío es la gestión por competencias que profundiza en el desarrollo e involucramiento del capital humano, puesto que ayuda a elevar a un grado de excelencia las competencias de cada uno de los individuos involucrados en el que hacer de la institución.

La gestión por competencias se transforma en un canal continuo de comunicación entre la dirección y los trabajadores y a su vez un vínculo entre estos y la población; es ahora cuando la institución comienza a involucrar y gerenciar los recursos en función de las necesidades de la población en su ámbito de responsabilidad.

La gestión por competencias tiene por objeto introducir un modelo de gestión de recursos humanos basado en el desarrollo del potencial de los trabajadores de la institución, mediante el análisis de las conductas observables y evaluables (las competencias), que permitan alinear las competencias de los trabajadores con los retos de la organización.

A diferencia del enfoque tradicional de la capacitación (circunscrita sólo a la transmisión de conocimiento), la gestión por competencias vincula además del conocimiento, al entrenamiento, la experiencia y los valores que son necesarios para definir los requerimientos de un puesto o identificar las capacidades de un trabajador.

De esta manera, que los conocimientos transmitidos estén vinculados a las actividades para el logro de las metas institucionales, de tal manera que sus objetivos

sean entendibles y aceptables por la mayoría de los trabajadores de la institución.

Un tema crítico que aborda esta metodología es que subsecuentemente impulsará la innovación para el liderazgo tecnológico, ya que los trabajadores conocerán su propio perfil de competencia y el requerido por el puesto que ocupan o aspiran identificando las acciones necesarias para conseguirlo. Se incentiva así el clima innovador desde la base, fundamentalmente a través del auto desarrollo.

ANTECEDENTES

1. PROBLEMÁTICA

Para argumentar a favor de los enfoques innovadores en la gestión de recursos humanos en nuestro país, como es el caso de aquél centrado en las competencias que permitan intervenciones más integrales y efectivas, creemos conveniente hacer una lectura de los principales cambios que en el escenario de trabajo de los servicios de salud ha producido el proceso de reforma sectorial peruana.

El tema de los recursos humanos, específicamente lo relativo a su gestión, no ha estado presente en la agenda de la reforma del sector salud peruano. Aunque usualmente se dice que son el elemento esencial del sistema de salud y un factor clave en la reforma del sector, el tema de los recursos humanos fue difícil de encontrar en los niveles centrales de gobierno y sobre todo en lo relacionado a la gestión de los mismos en los procesos de cambio de nuestro sistema de salud.

En todo sistema de servicios de salud, son los trabajadores de la salud (profesionales, técnicos, auxiliares, etc.) junto a los usuarios, quienes efectivamente definen los servicios que serán producidos, cuándo, dónde, en qué cantidad serán consumidos, y por lo tanto, el impacto que tendrán sobre la salud de las personas.

Por ello, el éxito de las acciones de salud depende en gran medida de la efectividad y calidad de la gestión de los recursos humanos. Esta gestión incluye en teoría, las decisiones e intervenciones sobre los procesos inherentes al desempeño del recurso humano en su contribución a la atención de la salud de la población.

La realidad muestra que los complejos problemas relativos al desempeño del personal de los servicios de salud (reconocidos como las organizaciones sociales más complejas que existen), son insuficientemente afrontados por las instituciones públicas del sector. Frecuentemente estas instituciones adolecen de escasez de recursos y experimentan cambios acelerados, dándole poca relevancia política al tema, gestionando recursos humanos en forma fragmentada y escaso manejo técnico; además, suelen relegar estas tareas a la acción de una burocratizada oficina de administración de personal.

Históricamente, bajo el influjo de la «tercera generación» de reformas de salud, éstas se centraron en la eficiencia económica y pusieron en segundo plano los temas de salud pública, y recursos humanos de salud, a su vez ausentes de la agenda política. En el caso

particular de los recursos humanos, esta situación se tradujo en la ausencia de una unidad de conducción estratégica de RRHH en el Ministerio de Salud y en el debilitamiento de las unidades existentes en los niveles descentralizados y desconcentrados, sin prioridad ni visibilidad. A pesar de ésto, existieron iniciativas regionales aisladas, lo que se ha hecho evidente en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud luego de la aplicación de las reformas y los magros resultados obtenidos¹⁸.

Este aspecto puede explicar la falta de viabilidad de algunos cambios institucionales (como aquellos referidos a la introducción de nuevos modelos de atención y gestión) porque no contaron con la participación informada, ni se incorporaron las lecciones aprendidas de los trabajadores, sobretodo de los niveles locales.

Consecuentemente hoy los servicios de salud no responden a las necesidades de la población, ni ayudan a resolver sus problemas prioritarios en materia de salud individual y colectiva. En los servicios de salud del país se brinda una atención que está centrada en la demanda, fragmentando la atención del individuo en cumplimiento de la productividad exigida por las instancias nacionales y ocasionando una brecha cada vez mayor entre las necesidades de salud de la población y la oferta de servicios de salud.

Asimismo, existe una incongruencia entre la formación de los recursos humanos, la prestación de servicios y las necesidades existentes de la población, teniendo como resultado un trabajador de salud sin las competencias básicas para aportar con mayor efectividad a la disminución de los problemas sanitarios.

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud para el desarrollo de recursos humanos, principalmente en los aspectos de capacitación, no se obtuvieron los resultados esperados en eficiencia, eficacia, aseguramiento y garantía de la calidad de los servicios; entre otras razones porque se consideró la capacitación desde la preocupación del empleador y no del empleado, perpetuando el concepto tradicional de capacitación en acciones focalizadas a grupos pequeños en su mayoría profesionales, casi siempre los mismos, y sin cumplimiento de la cascada de transmisión de conocimientos; lo que amplió las brechas de inequidad en el desarrollo de competencias entre profesionales y técnicos, especialmente en los lugares alejados y pocos accesibles, desaprovechando el potencial humano del conjunto de los trabajadores del sistema.

De otro lado, el escaso seguimiento a la capacitación contribuyó a que se desperdicien recursos y tiempo sin beneficio para el personal, la institución y la población.

En nuestro país, continúa vigente y con mayor exigencia, el desafío que enfrentan los servicios de salud para ser equitativos, eficientes, efectivos, sustentables y orientados hacia la satisfacción de las necesidades de salud de sus poblaciones; el desarrollo integral de sus recursos humanos se convierte por lo tanto, en una función esencial de sus capacidades institucionales.

En consecuencia, el desarrollo institucional para la gestión de los recursos humanos es una de las principales variables para un adecuado desempeño de los sistemas de salud.

Se puede afirmar entonces, que ante los grandes desafíos que confrontan los sistemas de salud con las reformas sectoriales, la concepción vigente de gestión de recursos humanos

(que considera al personal como si fueran insumos u objetos) es inadecuada y la capacidad institucional existente es deficiente para resolver los problemas que se presentan y para contribuir a mejorar la atención, lo que constituye un obstáculo para los cambios y avances en los sistemas de salud¹⁹.

La reforma sectorial peruana afectó también el desempeño del personal en los servicios, las condiciones laborales de los trabajadores y sus relaciones de trabajo. No puede ignorarse tampoco, el impacto adicional de las reformas del Estado realizadas en la década pasada y sus correspondientes cambios, en la administración pública; tanto por el recorte de personal que se realizó en muchos regiones, como por los cambios normativos que abrieron paso, entre otros, a modos ultraflexibles de empleo público.

La tendencia hacia la informalización laboral en casi todas las instituciones de salud del país ha provocado que la mayor parte de trabajadores del primer nivel de atención, excepto por el nombramiento reciente de médicos, carezcan de beneficios sociales, manteniendo la incertidumbre por su actual condición laboral y con riesgo a un despido inopinado que contrasta con una concentración del dinamismo laboral en los sectores de servicios especializados, y una creciente demanda de trabajadores con mayor calificación profesional sobre todo en los establecimientos de mayor complejidad.

Asimismo, la falta de regulación en la apertura de escuelas y programas educacionales en salud, y la poca aproximación entre el Estado y la universidad pública, han generado unilateralmente importantes cambios de política y gestión institucional, que afectan la formación profesional y técnica; ocasionando una sobre oferta de recursos humanos cuya redistribución y regulación a futuro debe ser un compromiso asumido por las universidades.

En esta perspectiva, algunos procesos de cambio serán determinantes en la modificación de contenidos, competencias, condiciones de trabajo y relaciones laborales de los recursos humanos en los servicios de salud (cuadro 1).

Cuadro 1
IMPACTO DE LAS REFORMAS SOBRE
LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Procesos sustantivos en las reformas	Implicaciones para la gestión de los recursos humanos en salud
<ul style="list-style-type: none"> ● Descentralización. ● Cambios en los ministerios: funciones y estructuras. ● Cambios en el financiamiento y en las modalidades de pago. ● Nuevas modalidades de gestión: externalización o tercerización, compra de servicios, autonomía de servicios. ● Cambios en los modelos de atención, tanto en el nivel básico como en el complejo. ● Extensión de la cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor resolutiveidad. ● Cambios en las funciones y nuevas competencias. ● Exigencia de calidad y productividad. ● Cambios en la organización del trabajo y conformación de equipos. ● Nuevas formas de contratación. ● Énfasis en el desempeño y su evaluación. ● Cambios en los sistemas de incentivos. ● Regulación de procesos de desarrollo de recursos humanos.

Algunos determinantes de los cambios sectoriales actúan positiva o negativamente sobre los recursos humanos en salud y definen, en la práctica, la dinámica social e institucional donde se hace efectivo el desempeño del personal y, por tanto, afectan la gestión de los recursos humanos.

La descentralización de los servicios de salud se constituye en el principal factor influyente en la gestión del RRHH en salud. En casi todos los países, la descentralización de los servicios de salud implica la transferencia a niveles intermedios y locales, de atribuciones, decisiones y recursos que pueden afectar todos los procesos relativos al desempeño humano. En la descentralización radican los más urgentes e importantes desafíos de cambio y desarrollo de la gestión de recursos humanos.

La relativa debilidad o ausencia de políticas de recursos humanos en el sector salud se expresa a través de:

- La concentración del personal en las grandes ciudades.
- La escasez de personal en algunas categorías de personal críticas (enfermeros, algunos especialistas) y el relativo exceso en otras.
- La ausencia de un enfoque multidisciplinario en las decisiones e intervenciones sanitarias centradas en un enfoque biomédico.
- La dificultad para adoptar adecuadas combinaciones de competencias y perfiles profesionales (*skill mix*) para una atención integral.

- La imposibilidad de adoptar y de usar criterios comunes para el desarrollo de personal entre las instituciones de servicio y las educativas, haciéndose cada vez más urgente la vinculación entre las entidades formadoras y los servicios de salud.
- No existe carrera en la función pública, ni incentivos propiamente dichos; salarios bajos y poco competitivos, y una relativa baja consideración social a algunas categorías profesionales en el sector, entre otras. Estas condiciones afectan negativamente no sólo el desarrollo del personal, sino también la equidad y la calidad de la atención de la salud.
- El mercado de trabajo peruano no es regulado por el Estado. Sin embargo se observa que no hay una adecuada autorregulación que la supla, lo que genera distorsiones y desequilibrios en la oferta y distribución de los recursos humanos.
- La escasez de recursos financieros para mejorar salarios, satisfacer nuevas necesidades de personal y mejorar las condiciones de desempeño en los servicios de salud. Por esto, aunque el gasto en salarios del personal puede alcanzar hasta 70% del presupuesto en los servicios públicos de salud, los salarios distan de ser satisfactorios o competitivos.

La predica del mejoramiento de la calidad, eficiencia y productividad en los servicios de salud es cada vez menor por parte de los diversos agentes sociales comprometidos en la atención. Estos pocos agentes constituyen actores sociales importantes para la atención de salud y uno de los aliados claves para volver a ganar una mejor moral en la gestión de recursos humanos.

En el país se promueve un proceso de cambio organizacional para una atención de salud integral y de calidad; para superar la rigidez en la gestión y así modificar las condiciones del desempeño del recurso humano. En varias regiones del país se registran cambios significativos en los modelos de atención, con modalidades participativas de gestión de servicios, compromisos de gestión, autogestión de servicios, incorporación de ciudadanos en la gestión de servicios (CLAS) y un creciente aseguramiento de la población pobre.

Ante esta amplia gama de cambios cabe preguntarse: ¿cuál es el impacto de estas experiencias sobre el desempeño personal y sobre la atención a la población?, ¿qué implica para la gestión de recursos humanos?, ¿se favorece la mejoría de la calidad y la productividad?, ¿cómo se afectan las condiciones de trabajo?, ¿se incorporan a la gestión las experiencias de otros proveedores de servicio?, ¿cuáles son las nuevas competencias derivadas de los cambios arriba señalados y de las políticas de salud?. Son interrogantes que exigen decisiones estratégicas en el campo de los recursos humanos en salud de nuestro país.

2. PRINCIPALES PROBLEMAS RELATIVOS A LA GESTIÓN DEL TRABAJO EN SALUD

Se puede afirmar, que no existen perfiles ocupacionales por competencias, que orienten los procesos de formación y capacitación de personal de salud. No se cuenta con un sistema de evaluación del desempeño, ni adecuados mecanismos de reclutamiento y selección de personal de salud, dado que hay fragmentación en el abordaje de los recursos


humanos y las instancias existentes (oficinas de personal y capacitación) no dialogan ni mucho menos se integran.

El proceso de desarrollo de recursos humanos se resume así en una suma de procedimientos y actividades con diversos objetivos y diferentes estrategias, que lejos de potenciarse recíprocamente y acumularse en el sentido de avanzar hacia un proceso de desarrollo de recursos humanos transformador, a menudo se agota en cambios puntuales y muchas veces efímeros, sin mayor impacto; lo que es peor, dan lugar a un cuadro de creciente ingobernabilidad, desorientación y fragmentación. La mayoría de las regiones de salud no cuentan todavía con una unidad para la gestión y desarrollo de recursos humanos; asimismo se observa débil capacidad técnica para asumir funciones inherentes a este campo²⁰.

Se puede afirmar también, que en nuestro país existe una superposición de dos agendas de gestión: una vieja agenda correspondiente a un modelo regulatorio donde las relaciones de trabajo son estables y protegidas, con eje en la carrera funcionaria de puesto de duración indefinida, y una agenda más reciente correspondiente a un nuevo modelo regulatorio del trabajo caracterizado por la ultraflexibilidad laboral. La vieja agenda remite a las cuestiones, situaciones y problemas que la administración de personal no pudo o no supo resolver y que persisten actualmente. La agenda reciente se refiere a aquellas situaciones y cuestiones problemáticas instaladas nuevamente y que debe ser contemplada por la agenda actual de reforma²¹ (cuadro 2).

Cuadro 2²²
DOBLE PROBLEMÁTICA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Problemas persistentes	Problemas emergentes
<ul style="list-style-type: none"> ● Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo. ● Insuficiente gestión y evaluación del desempeño. ● Inefectiva gestión de los sistemas de compensación e incentivos. ● Fragmentación de procesos laborales. ● Capacitación repetitiva, centralizada y de dudoso impacto. ● Desmotivación, ausentismo, poca participación. ● Retraso y rigidez normativa ● Debilidad técnica. ● Escasa visibilidad y prioridad política. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestión pública de recursos humanos: ha dejado de ser exclusivamente administración de personal propio. ● Gestión descentralizada. ● Gestión de calidad y productividad. ● Mejoría de reclutamiento y retención. ● Tendencia creciente y atenta hacia gestión de empleo flexible. ● Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para categorías ocupacionales similares. ● Desarrollo de educación permanente en servicio para mejoría y mantenimiento de la competencia profesional. ● Tendencia a la reducción del empleo público. ● Competencia de recursos financieros y de personal. ● Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal.



En los servicios actuales de salud ya no hay lugar para una administración de personal dedicada al registro y control de los aspectos normativos del ciclo administrativo y de la carrera funcionaria de empleados propios y estables. Es necesario seguir transformando las condiciones institucionales tanto en la orientación y fines de la gestión de los recursos humanos, como en sus contenidos.

Obtener recursos humanos pertinentes a los servicios de salud debe partir de la identificación de las brechas de formación de los recursos, en base a prioridades sanitarias para una estrategia integral e integrada que revierta la acción tradicional de producción de servicios hacia la protección individual, de la familia y de las comunidades del país.

Capítulo I

MARCO GENERAL

1. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE COMPETENCIAS

En la actualidad las competencias son el objetivo principal en la formación de recursos humanos que permita una mejor articulación entre gestión, trabajo y educación (capacitación). El enfoque de competencias puede ser considerado como una herramienta capaz de proveer una conceptualización, un modo de hacer y un lenguaje común para el desarrollo de los recursos humanos.

Los distintos orígenes profesionales y campos de desempeño de las personas impulsan también a pensar en otras acepciones del concepto de competencia, tales como la competencia en los negocios o la competencia de un determinado Tribunal Judicial, que no son las que utilizamos en el campo laboral y educacional.

La competencia tiene que ver en este caso con una *combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos*. La flexibilidad y capacidad de adaptación resultan claves para el nuevo tipo de logro que busca el trabajo y la educación, para que las personas hagan algo con lo que saben.

2. PROCESOS RELACIONADOS CON LAS COMPETENCIAS

Para hablar de competencias es necesario referirnos muy brevemente a los procesos de identificación, normalización, evaluación y certificación, como preámbulo a su aplicación a la gestión y a la formación de recursos humanos basadas en competencias.

Una competencia es primeramente identificada como tal en un proceso que puede recibir distintos nombres, entre los cuales destacan como más frecuentes los de *identificación, definición o construcción de competencias*²³.

El proceso denominado *Identificación de competencias*, consiste en un trabajo participativo que establece cuál será la competencia y la forma en que se evaluará para saber que ha sido lograda. En un nivel general o sistémico la identificación se realiza por medio de grupos de trabajo que son generalmente tripartitos, formados por representantes especializados de los empleadores, de los trabajadores y del gobierno, así como por especialistas concedores del sector y de las materias técnicas y metodológicas.

Una vez identificada la competencia, incluyendo los criterios para el desempeño con calidad y las evidencias requeridas para constatarla, ¿sirve para una sola organización o podría servir para muchas organizaciones similares en un sector o para todas las organizaciones similares en el sector o en el país, por ejemplo?. Este es el sentido del proceso de normalización de las competencias que consiste en convertir cada competencia en una norma acordada como un referente válido común.

La competencia identificada y normalizada queda en condiciones de ser evaluada para constatar si una determinada persona posee o no la competencia. Esta *evaluación de competencias* da paso posteriormente a la *certificación*, que como su nombre lo indica, consiste en el reconocimiento formal de la competencia demostrada. Como se verá más adelante, el certificado es una garantía de calidad sobre lo que la trabajadora o trabajador es capaz de hacer y sobre las competencias que posee para ello²⁴.

El desarrollo o aprendizaje de la competencia se puede hacer a través de la experiencia o de un proceso llamado *Formación Basada en Competencias* (FBC), caracterizado principalmente porque el insumo ocupacional principal para su diseño es el referencial de competencias.

Cuando una organización laboral amplía la incorporación de un enfoque de competencias a todo el campo de los recursos humanos, incluyendo las funciones relacionadas con selección, administración, formación y desarrollo, movilidad horizontal y vertical, remuneraciones e incentivos, podemos hablar de una *gestión de recursos humanos basada en competencias*.

3. LAS COMPETENCIAS EN EL CONTEXTO DE LOS CAMBIOS EN EDUCACIÓN, TRABAJO Y SALUD

Las competencias aparecen como exigencia derivada del proceso de globalización y del fenómeno de transformación productiva que hace de la competitividad el núcleo central de la economía globalizada.

En su libro sobre modelos y surgimientos, Leonard Mertens señala su aparición en la época de los ochenta en algunos países industrializados, sobre todo en aquellos que presentaban mayores problemas para relacionar el sistema educativo con el productivo. Mertens (1996)²⁵.

La bibliografía cada vez más abundante sobre esta temática apunta a una nueva organización de la producción, del trabajo y del comercio internacional, al valor del conocimiento y de la innovación tecnológica, a las dinámicas y regulaciones de los mercados y al carácter central de la capacidad de los trabajadores.

En este último aspecto, las competencias se proyectan a la educación formal y a la formación profesional (*training*) para facilitar la confluencia de las necesidades de las personas, de las organizaciones laborales y de la sociedad en su conjunto representada por los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil.

El marco de la globalización de la economía y las necesidades de aportar al crecimiento económico son bien conocidos, pero creemos que no puede agotarse allí el referente para

pensar la educación y el trabajo humano. Ideas relacionadas con equidad y sobre todo el enfoque de desarrollo humano pueden constituir elementos de marco muy afines para el trabajo con competencias en salud y educación.

En cuanto a equidad, la OPS/OMS²⁶ definió desde 1994 la búsqueda de la equidad en salud como uno de los principios rectores de su acción de cooperación internacional y la lucha contra las inequidades un imperativo moral y un objetivo esencial de política social en los procesos de reforma sectorial en salud.

4. EL ENFOQUE DEL DESARROLLO HUMANO

El concepto de desarrollo humano propuesto por el PNUD, pone de relieve que no basta tratar la esfera económica para alcanzar el desarrollo. Amartya Sen, Premio Nóbel de Economía 1998, ha puesto en la agenda actual la importancia de potenciar las capacidades humanas de la gente, como el fin del desarrollo; mientras que los ingresos son vistos como medios.

El desarrollo debe ser «de las personas» (ampliación de sus capacidades y oportunidades), «por las personas» (hecho por ellos mismos); y «para las personas» (asumiéndolas como el objetivo principal)²⁷.

El sistema de las Naciones Unidas (ONU) está impulsando esta visión del desarrollo desde el ser humano, con conceptos tales como igualdad de oportunidades, potenciación del ser humano, seguridad humana, eliminación de las discriminaciones de género, de etnias, de credos y culturas, de condiciones socioeconómicas, de edad, de discapacidades, cumplimiento de los derechos del niño y crecimiento con equidad.

Son tres objetivos que busca la ONU respecto al desarrollo: el crecimiento, la equidad social y la sustentabilidad a través de una relación armoniosa con el medio ambiente. Los principales indicadores del desarrollo humano son aquellos que contribuyen a la calidad de vida tales como la salud, el trabajo y el ingreso, la educación y el acceso en general a los bienes culturales, la vivienda y también las percepciones que tienen las personas sobre el grado de seguridad humana en la cual viven.

Desde 1991 plantea que «la modernización debe ser analizada no solamente en la perspectiva de los logros económicos, sino de los niveles de satisfacción de los ciudadanos».

El campo de los recursos humanos en salud tradicionalmente ha sido manejado desde una perspectiva económica en función de su concurrencia como factor productivo del proceso de trabajo que concluye en la prestación de servicios de salud, y ha recibido una atención de quienes toman las decisiones muy diferente de la que tienen los otros factores de producción. Sin embargo ¿qué pasa con el factor de producción más dinámico, creativo e innovador?, ¿qué pasa con este «recurso» que piensa, que decide, que apoya o deja de apoyar, que aprende, que cambia o puede cambiar?, ¿qué pasa con este recurso inteligente?²⁸.

En todo caso, el recurso humano es un factor de producción muy particular, ya que es un factor que mejora con el tiempo en tanto aprende; es al mismo tiempo el único factor de

producción que es consciente del proceso productivo; es el único que disputa el control del proceso productivo; el único capaz de discutir las condiciones bajo las cuales ingresa al proceso productivo; finalmente el recurso humano es el único factor productivo que puede crear el proceso productivo mismo. Podemos entonces afirmar, que en la perspectiva de sujetos, los recursos humanos son protagonistas como personas y trabajadores de los procesos de cambio, frente al cual las organizaciones tienen el desafío de facilitar el desarrollo de su potencial.

5. EDUCACIÓN Y TRABAJO

Según la CEPAL (1992)²⁹, la educación es un factor para acelerar la modernización y progreso, para conducir a sociedades más equitativas, como medio privilegiado para superar sociedades inseguras, como inversión, como recuperación de un pensar crítico de la realidad, como reducción de desigualdades y como formadora de ciudadanía. Si se analizan las reformas educativas en marcha en los países de la región, se ve que han surgido propuestas estratégicas en torno a objetivos de equidad (igualdad de oportunidades), ciudadanía (transmisión de valores y formación para la democracia), competitividad (adquisición de habilidades y destrezas para desempeño productivo), integración (fortalecimiento de la capacidad institucional de los países), y descentralización (mayor autonomía de la acción educativa).

La construcción del capital educacional es una acción de cada persona y de un sistema que ofrece impulso, orientaciones, diseños, regulaciones, apoyos, facilitaciones y, sobre todo, un cuidado por la equidad en sus diversas dimensiones. Desde el campo de la capacitación y desarrollo, cada vez más se tiende a una mirada sistémica preocupada por lo que en el lenguaje de algunos autores se ha denominado las intervenciones con y sin proceso de enseñanza/aprendizaje³⁰.

Un ejemplo interesante del tipo de diseños que trata de dar cuenta de cambios cualitativos en la educación puede ser el contenido en el Libro Blanco de la Comisión Europea para la educación, la formación y la juventud, Comisión Européenne (1995)³¹ que postula el desarrollo de una cultura general y de la empleabilidad, definiendo esta última como la capacidad de cada persona para, desde sus condiciones personales, poder hacer algo con lo que sabe. El documento identifica tres shocks que vive nuestra cultura actual: el shock de la sociedad de la información, el shock de la mundialización y el shock de la civilización científica y técnica. Frente a esta nueva sociedad del conocimiento, propone dos respuestas complementarias entre sí para la educación: una primera respuesta centrada en la cultura general, y una segunda respuesta centrada en el desarrollo de la empleabilidad (aptitud para el empleo) y la creación de empleo.

LA CULTURA GENERAL

La idea central es que la persona debe «comprender las situaciones que evolucionan de forma impredecible». De otro modo, la sociedad se dividirá entre los que pueden interpretar y utilizar y aquellos que serán marginados; en otras palabras, entre los que saben y los que no saben. Surge entonces con fuerza, la idea de la cultura general como instrumento de comprensión del mundo y en este sentido se destacan tres capacidades principales:

- Aprender el significado de las cosas.
- Capacidad de comprender y crear.
- Capacidad de tener criterio y tomar decisiones.

EL DESARROLLO DE LA EMPLEABILIDAD (APTITUD PARA EL EMPLEO) Y LA CREACIÓN DE EMPLEO

Siendo los servicios de salud servicios de personas que atienden personas, es imprescindible reconocer la significación de los recursos humanos, no sólo como factor estructural sino también como el principal factor de cambio y transformación; al mismo tiempo el más fuerte elemento de sostenibilidad y estabilización de esos cambios cuando éstos se llegan a instalar en la cultura institucional³². De manera tal que el arte y la ciencia de gobernar las personas y dirigir el desarrollo de los recursos humanos en salud es una condición estratégica para la calidad, equidad y eficiencia de la atención.

Del mismo modo, el reconocimiento de la indivisibilidad del trabajador de salud (un todo integrado de conocimientos, sentimientos y prácticas) deriva en la integración del accionar en el campo de desarrollo de recursos humanos, no como un objetivo técnicamente sustentado sino como el reconocimiento de un resultado, basado en la interdependencia de la planificación y gestión de los recursos humanos con otros aspectos de la gestión en salud.

Cabe subrayar que la nueva conceptualización de los recursos humanos pone énfasis en el trabajador de salud (individual y colectivo) y su trabajo, incluyendo no sólo los elementos técnicos de su práctica, sino y de manera importante, las relaciones sociales e institucionales que genera y en los que se ubica. Cambio que cobra mayor sustento en el hecho de que los procesos de reforma sectorial, colocan como eje u objeto de la gestión laboral, tres elementos, hasta ahora no suficientemente trabajados por la convencional administración de personal existente: el contrato de trabajo, los procesos de trabajo y las relaciones laborales³³.

En la visión moderna, el principal activo de toda organización es su gente, este protagonismo implica que el desarrollo de sus recursos humanos, en último término, es no sólo un medio, sino también parte del mismo desarrollo social. Esta dimensión fue subrayada en la III Reunión de Ministros de Salud de Ibero América en octubre de 2001 la cual incorporó en su Declaración Final que la persona humana es sujeto y objeto de las políticas de salud de nuestros países y de los sistemas de salud que las implementan. Asimismo, que a la

salud como producto social le es cada vez más consustancial la equidad, eficiencia y efectividad³⁴.

En las sociedades modernas, el conocimiento en un sentido amplio puede ser definido como una acumulación de saberes fundamentales, de saberes técnicos y de aptitudes sociales. Es la combinación equilibrada de estos saberes, adquirida a través del sistema educacional formal, la familia, la empresa y los diversos recursos de información, la que le da a la persona el conocimiento general y transferible al empleo.

Todo esto muestra la estrecha vinculación entre el desarrollo personal y social y los otros desarrollos tradicionalmente asociados a una buena educación formal y preparación general para el empleo.

6. LA CUESTIÓN DEL TRABAJO

El medio laboral en el cual los nuevos ciudadanos deben desenvolverse es complejo y plantea una serie de desafíos. Los tradicionales mecanismos de acceso y permanencia a los empleos han cambiado sus parámetros de valor sobre el desempeño.

En un rápido resumen podríamos señalar dos grandes vertientes de cambio en el medio laboral; una asociada a los hechos cualitativos y otra a las manifestaciones cuantitativas. Cualitativamente hablando ha surgido un elemento de alta valoración en el trabajo: el conocimiento. Este ha pasado a ser la base del trabajo humano a tal punto que la actual, ha sido llamada la sociedad del conocimiento³⁵.

Justamente este hecho ha cambiado cualitativamente la reflexión sobre el trabajo. Los contenidos del trabajo, las características mismas de los trabajadores, están centrando su definición en torno a factores asociados al conocimiento y la posesión de capacidad para reaccionar ante las situaciones imprevistas que se presentan día a día.

Son en buena medida estos cambios los que anteceden la aparición del concepto de competencia laboral y de trabajador competente que se desarrollan en el presente documento.

Evidentemente, en el escenario laboral, la generación de nuevos empleos está atada a diferentes factores. Por ejemplo, el caso de la salud es muy sensible a la inversión pública y a la evolución en la implantación de las reformas a los sistemas de salud. Pero, indudablemente, los nuevos empleos del sector salud no se apartan de las características de incorporación de conocimiento, capacidades de interactuar con tecnologías de información, así como una amplia gama de competencias sociales, de relacionamiento y comunicación con las personas.

En suma, las oportunidades de nuevos empleos no se ensanchan cuantitativamente a un ritmo similar al crecimiento en la oferta laboral, pero sí cambian en cuanto a la incorporación de nuevas características cualitativas para definir lo que sería un desempeño laboral exitoso.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se encuentra impulsando actualmente a nivel mundial, lo que ha denominado *el trabajo decente o digno*, que se refiere a la

necesidad de hombres y mujeres de acceder, junto a sus familias, a un trabajo digno que permita un nivel de vida decente.

Es un concepto dinámico, en relación con los valores y objetivos de cada sociedad, pero que debe en todos los casos, sobrepasar las normas básicas sociales en cuanto al umbral para el trabajo y el empleo que abarca derechos universales y relacionarse con la *dignidad* de las personas y de la vida humana. Para promover *el trabajo decente*, OIT propone una síntesis de cuatro objetivos estratégicos: conseguir que se respeten los principios y derechos fundamentales en el trabajo; crear mayores oportunidades de empleo y de ingresos; extender la protección social (seguridad humana); y promover el diálogo social³⁶.

Desde otras organizaciones internacionales, países y organizaciones laborales, pueden destacarse múltiples iniciativas interesantes en el plano de la búsqueda de respuestas a la calidad y condiciones del trabajo o a la falta de trabajo. Desde la vinculación con el mundo de la educación, destacamos dos tipos de esfuerzos que son: los observatorios del empleo y las organizaciones en aprendizaje permanente.

Los observatorios del empleo miran la flexibilización interna del campo laboral atendiendo a la polifuncionalidad, las jornadas flexibles, la remuneración por desempeño, y a la llamada flexibilización externa que desafortunadamente se concreta en muchos países como una desregulación del mercado laboral.

Los cambios en las organizaciones laborales son también muy importantes. Hace ya más de una década que se trabaja la idea de organizaciones en aprendizaje permanente u organizaciones que aprenden (*learning organizations*) o, como se les llama en España, organizaciones aprendices. Un informe de síntesis del Centro de la Unión Europea para la Formación Profesional (CEDEFOP) establecía que la organización innovadora y que aprende se caracteriza por Delcourt (1997)³⁷:

- Las multihabilidades de sus trabajadores, necesarias para el cambio de una definición rígida a una definición flexible de tareas.
- La desegmentación entre el nivel superior y el nivel operacional.
- El carácter estratégico que asume la creciente importancia de las relaciones horizontales comparadas con las relaciones jerárquicas como vínculos funcionales.
- El desarrollo de la participación y la ampliación de las responsabilidades vinculadas a un puesto de trabajo o función.
- La búsqueda de la innovación versus la repetición.

Cambios como los mencionados provocan también cambio en la forma de abordar la capacitación y el desarrollo de los recursos humanos en las organizaciones.

La educación en general, y la capacitación en particular, no pueden hacer milagros. Sería ingenuo pensar que un problema en una organización va a solucionarse a través de un curso. Toda buena detección de necesidades mostrará las intervenciones relacionadas con

procesos de enseñanza/aprendizaje que pueden en mayor o menor medida contribuir a la solución de uno o más problemas, que la mayoría de las veces son multicausales, así como compuestas y complejas deben ser las respuestas³⁸.

Hay una variedad cada vez mayor de intervenciones relacionadas con procesos de enseñanza/aprendizaje empezando desde la distinción de modalidades presenciales, modalidades a distancia y mixtas, pudiéndose identificar muchas submodalidades en cada una de ellas. También es posible reconocer una variedad de intervenciones no directamente relacionadas con enseñanza/aprendizaje. Todas las personas sabemos³⁹ -aun cuando a veces actuamos como si no lo supiéramos- qué poco se puede hacer desde una perspectiva meramente educacional si no se atiende también, y en forma sistémica e integral, a lo indirectamente educacional.

7. SALUD Y EDUCACIÓN

En el contexto general de los cambios, muchos y variados que se producen en salud y educación, nos referiremos específicamente al concepto de Educación Permanente de Personal de Salud (EPS).

La EPS, se orienta a cambiar las prácticas (técnicas y sociales) del personal que trabaja en las instituciones de salud. En esta perspectiva, la categoría trabajo constituye otra base conceptual importante en el desarrollo de la EPS. En su ámbito, el trabajo es el espacio desde donde se definen y configuran las demandas educativas y donde se recogen los problemas cuya reflexión y análisis va a favorecer la generación de nuevos conocimientos y el crecimiento del equipo de salud a través de procesos de reflexión y acción.

Según OPS, de una manera genérica, se puede decir que Educación Permanente de Personal de Salud (EPS) es una estrategia para reorientar la educación de los trabajadores de la salud, planteándola como un proceso permanente, de naturaleza participativa, y en el cual el aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual en los servicios de salud.

El enfoque de EPS es distinto e innovador con relación a los modos de hacer educaciones predominantes en los servicios de salud, debido principalmente a:

- Sus bases teóricas.
- Sus métodos.
- Sus objetivos⁴⁰.

Cinco son las características principales de la estrategia de educación permanente en salud⁴¹:

- El aprendizaje permanente.
- La evaluación permanente.
- La contextualización en las organizaciones que aprenden.
- La flexibilidad metodológica.
- La gestión integrada de proyectos y de los componentes de capacitación de los proyectos.

Considerando los procesos de cambio sectorial e institucional que afectan todas las dimensiones estructurales y organizativas de los sistemas de salud vistos anteriormente, y que afectan profundamente el desempeño de los trabajadores de salud, la apropiación crítica y la utilización contextualizada del enfoque de competencias será de enorme valor para poder satisfacer las necesidades de desarrollo técnico y social del personal. Esta búsqueda no está restringida al sector de la salud sino, como se argumentó antes, se extiende a toda la economía.

En el siguiente capítulo, con los argumentos de expertos en el campo del desarrollo humano, se presentan los principales elementos conceptuales que permiten desarrollar un proceso de construcción de competencias en salud.

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

1. DEFINICIONES DE COMPETENCIA LABORAL

La competencia laboral puede ser definida desde el mundo del trabajo así como desde el mundo de la educación. La distinción es pertinente porque la forma de encarar el tema y operacionalizarlo, es diferente. Desde el mundo del trabajo la competencia se define como una capacidad que sólo se puede desplegar en una situación de trabajo que tiene sus reglas, procedimientos, instrumentos y consecuencias⁴².

En realidad, en la práctica es necesario que los perfiles ocupacionales por competencias estén ligados a las demandas sociales y no solamente a capacidades individuales que permitan nuevos y más objetivos cambios en un sistema y por lo tanto en las instituciones.

Por ello, una persona competente es aquella que *hace bien* las cosas; las competencias no son ni teóricas ni potenciales, se ven en el *quehacer* de las personas. En tal sentido, las competencias son un *saber hacer*, es decir no son capacidades potenciales, sino que se expresan en la acción⁴³. Un trabajador competente es aquél que está preparado para conocer y analizar su realidad, enfrentar problemas específicos y desempeñarse satisfactoriamente.

En realidad existen muchas definiciones a partir de la experiencia laboral y de la educación, y que con el objetivo de lograr competencias en los trabajadores se desarrollaron en el tiempo, como las que citamos a continuación.

La competencia laboral en el mundo del trabajo es:

- «La construcción social de aprendizajes significativos y útiles para el desempeño productivo en una situación real de trabajo que se obtiene no sólo a través de la instrucción, sino también -y en gran medida- mediante el aprendizaje por experiencia en situaciones concretas de trabajo». Organización Internacional del Trabajo -OIT-, Ducci (1997)⁴⁴.
- «La operacionalización (*mise en oeuvre*), en situación profesional, de capacidades que permiten ejercer convenientemente una función o una actividad». AFNOR (1996)⁴⁵.
- «La aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el

sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber hacer». Conocer (1997)⁴⁶.

- La competencia laboral es «la habilidad para desempeñarse conforme a los estándares requeridos en el empleo, a través de un rango amplio de circunstancias y para responder a demandas cambiantes». IHCD (1998)⁴⁷.
- «Una construcción a partir de una combinación de recursos (conocimientos, saber hacer, cualidades o aptitudes), y recursos del ambiente (relaciones, documentos, informaciones y otros) son movilizados para lograr un desempeño». LeBoterf (1998)⁴⁸.
- «Un conjunto de propiedades en permanente modificación que deben ser sometidas a la prueba de la resolución de problemas concretos en situaciones de trabajo que entrañan ciertos márgenes de incertidumbre y complejidad técnica, no provienen de la aplicación de un currículum... sino de un ejercicio de aplicación de conocimientos en circunstancias críticas». «...la definición de las competencias, y más aún de los niveles de competencias para ocupaciones dadas se construyen en la práctica social y son una tarea conjunta entre empresas, trabajadores y educadores». Gallart y Jacinto (1997)⁴⁹.
- «La condición de consenso impone una noción de competencia que no puede ser técnica pues el acuerdo de los actores sociales, difícilmente se sostiene si es producto de una pura manipulación instrumental». «...una competencia es una acción social». Rojas (1999)⁵⁰.

LA COMPETENCIA DESDE EL MUNDO DE LA EDUCACIÓN:

- «La capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad personal, social, natural o simbólica». Cada competencia es así entendida como la integración de tres tipos de saberes: «conceptual (saber), procedimental (saber hacer) y actitudinal (ser). Son aprendizajes integradores que involucran la reflexión sobre el propio proceso de aprendizaje (metacognición)». Pinto (1999)⁵¹.
- «Características personales (conocimiento, habilidades y actitudes) que llevan a desempeños adaptativos en ambientes significativos». Masterpasqua (1991)⁵².

La riqueza de las investigaciones y la recopilación por estos autores permite a la fecha encontrar algunos conceptos de coincidencia que se subrayan en la lectura de las siguientes definiciones como:

- La combinación de conocimientos, habilidades y actitudes.
- La idea de poner en juego, movilizar, capacidades diversas para actuar logrando un desempeño.
- La idea que este desempeño puede darse en diversos contextos cuyos significados la persona debe ser capaz de comprender para que la actuación sea *ad hoc*.

Una aproximación importante a la definición de competencia, con la que coincidimos, es:

El conjunto de capacidades que permiten a las personas hacer bien las cosas, para lo cual desarrollan determinadas ideas, conceptos y conocimientos abstractos (desarrollando el denominado saber «racional») los que emplean para resolver problemas cotidianos a través del ejercicio de habilidades interpersonales o sociales, procedimientos, técnicas y formas de ejecutar acciones específicas y que, para que sean eficientes y exitosos dependen del conocimiento y la administración de un conjunto de creencias, valores y convicciones personales (que derivan en actitudes y conductas determinadas)⁵³.

Entendemos que el desempeño eficiente y exitoso, debe ser visto y evaluado de acuerdo a la racionalidad objetiva de mejorar el espacio donde se desarrolla el trabajo (cultura organizacional), para lograr incrementar el mejoramiento de los indicadores sanitarios en razón de un abordaje priorizado, cotidianamente reflexivo, y con decisiones que benefician a la atención de la demanda.

De tal modo que el enfoque de competencias permita que las acciones de capacitación, supervisión y desarrollo del personal tengan referentes más concretos, puesto que el conjunto de las competencias han sido formuladas sobre la base de las prioridades sanitarias y estas a su vez en las necesidades de la organización y su capacidad de respuesta frente a una situación determinada de salud concreta.

Como ya se mencionó anteriormente, las competencias no son capacidades potenciales, sino que se expresan en la acción eficiente, cuando la persona se enfrenta a una tarea específica, conceptúa o analiza los problemas y actúa al respecto. Sin embargo, la competencia no depende solamente de una habilidad, porque además de ello supone eficacia y un comportamiento ético, de manera que la persona no sólo hace bien las cosas, sino que sabe explicar cómo y por qué lo hace así.

Por lo tanto, el desarrollo de las competencias es un proceso de aprendizaje dirigido a aprender a:⁵⁴

- a) Pensar para **saber** (conocimientos, ideas, conceptos, enfoques: responden el «qué»).
- b) Conocerse a sí mismo para **ser** (habilidades personales, creencias, convicciones, valores, actitudes: responden el «por qué», es decir, dan sentido y significado a nuestras acciones).
- c) Obtener habilidades para **hacer** (habilidades interpersonales o sociales, procedimientos, técnicas y formas de ejecutar acciones específicas: responden el «cómo»).

En la búsqueda de la excelencia que sería la manera superlativa del «hacer bien las cosas», cada uno de los componentes de las competencias deberá desarrollarse. Así, para lograr obtener conocimientos adecuados y pertinentes se deberá desarrollar competencias

cognitivas y de razonamiento; para mejorar las habilidades, se deberá desarrollar competencias para la gestión de relaciones; para consolidar el enfoque ético de toda intervención humana, se deberá desarrollar capacidades de conocimiento y dominio personal (gráfico N° 1)⁵⁵.

Gráfico N° 1
TIPO DE COMPETENCIAS Y CAPACIDADES PARA EL LOGRO DE LA EXCELENCIA



Otros autores señalan que las competencias deben estar ligadas a las demandas sociales, y por tanto no son capacidades solamente individuales sino institucionales⁵⁶. En tal sentido, la definición de competencias permitiría una mayor visibilidad de los nuevos cambios, habiendo algunas capacidades que son más relevantes en una realidad determinada. Las competencias pueden visualizarse en varios niveles del sistema y, en cada nivel, en varios ámbitos organizacionales o institucionales, así como públicos o grupos profesionales.

La acepción que actualmente plantea el Instituto de Desarrollo Recursos Humanos (IDREH) a las competencias esenciales del gestor de recursos humanos se refiere a las capacidades para realizar esta gestión como parte de la gestión de servicios de salud, en el contexto del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Implica no sólo disponer de los conocimientos y habilidades, sino de la comprensión del nuevo contenido del quehacer del campo de los recursos humanos; en ese sentido estas competencias están conformadas por estos tres elementos totalmente articulados y se definen y miden en términos de su desempeño de la siguiente manera⁵⁷:

- a. **Las competencias básicas.** Son aquellas capacidades que requieren tener todas las personas de los equipos de los diversos niveles ocupacionales del sector salud, para brindar un servicio de calidad en condiciones de trabajo razonables; independientemente del cargo o puesto que ocupe y del nivel de atención en que trabaja. Los

componentes de las competencias básicas y sus respectivos atributos generales, corresponden a los descritos anteriormente, según el modelo de Goleman y Boyatzis.

- b. **Las competencias específicas.** Son aquellas capacidades que requieren las personas del sector salud según los cargos o puestos que ocupen en las diversas unidades orgánicas, según el nivel ocupacional al que pertenezcan y el nivel organizativo Dirección Regional, Red de Salud, Microrred de Salud o Establecimiento de Salud de I, II y III nivel de atención donde desarrollan su labor, de tal manera que cumplan de manera eficaz, eficiente y con calidad para el *logro de los resultados sanitarios*. Las competencias específicas permiten alcanzar el estándar mínimo que ofrece un servicio de calidad, en las condiciones razonables de atención *que demande la existencia del servicio derivado de la necesidad que traen los usuarios*.

Las **Ocupaciones en Salud**⁵⁸ (mencionadas en las definiciones anteriores), son todas aquellas relacionadas con la prestación directa de servicios orientados al cuidado, preservación, recuperación y rehabilitación de la salud humana y animal; por ello están clasificadas según niveles, cuya finalidad es diferenciar el grado de complejidad de las ocupaciones.

- Nivel 1:** Ocupaciones de dirección: Gerentes y Directivos de la Salud
- Nivel 2:** Ocupaciones profesionales en salud: Médicos, Obstetrices, Enfermeras, Odontólogos, Veterinarios y otros profesionales de la salud
- Nivel 3:** Ocupaciones técnicas en salud: Técnicos en Salud
- Nivel 4:** Ocupaciones auxiliares en servicios de salud

La competencia de los individuos se deriva de la posesión de una serie de atributos (conocimiento, habilidades, actitudes y valores) que se utilizan en diversas combinaciones para llevar a cabo tareas ocupacionales.

De este modo, se define como persona competente aquella que posee los atributos (conocimiento, habilidades, actitudes y valores) necesarios para el desempeño del trabajo de acuerdo con la norma apropiada⁵⁹. En este sentido, algunos trabajos, en ciertos contextos, serán sumamente específicos y requerirán combinaciones propias de atributos. En otros contextos, trabajos similares requerirán combinaciones más complejas de atributos, porque deben llevarse a cabo con mayor rapidez o en situaciones más difíciles, como en el campo de la salud.

Además, las normas de competencia y la educación basada en ellas deben ser holísticas en el sentido que reúnen multitud de factores al explicar el desempeño laboral exitoso; que existe una concentración de tareas en un nivel adecuado de generalidad o complejidad; y que las tareas no son independientes entre sí. Por lo tanto, las competencias para el primer nivel deben estar relacionadas obligatoriamente con el resto de niveles⁶⁰.

El tercer elemento es el referido a la cultura y el contexto. El conocimiento técnico, habilidades, actitudes y valores de los trabajadores de salud, también están influenciados por la propia cultura organizacional sobre todo en su percepción de la realidad, a través de sus opiniones y supera la limitación de la normatividad previamente establecida. Esta influencia a veces es determinante en la calidad de las decisiones que toman en el trabajo diario.

De este modo, en lugar de conformar un conjunto de conductas predeterminadas y descritas anticipadamente, la competencia tendrá siempre una concepción evolutiva, que permite la crítica y el mejoramiento de las formas comúnmente aceptadas para actuar; las normas de competencia laboral representan los mejores esfuerzos de un grupo determinado para establecer los atributos necesarios que permitan llevar a cabo las tareas más importantes de una ocupación. Sin embargo, las normas de competencia laboral se encuentran necesariamente en un nivel de generalidad y no incluyen todos los contextos posibles en los que estos atributos se han de emplear. Lo que realmente constituye competencia en una ocupación evolucionará constantemente a medida que se encuentren y aborden nuevos contextos.

La combinación de atributos, tareas y contexto produce el método integrado de la competencia que a nuestro parecer, aborda de mejor manera las interrogantes en relación al enfoque de competencias encontradas en la literatura.

Esto nos permite, entre otras cosas, incorporar la ética y los valores como elementos de un desempeño competente, la necesidad de una práctica reflexiva, la importancia del contexto cultural y el hecho de que podría haber más de una forma de trabajar competentemente.

Prawat (1993)⁶¹ y Scribner (1984)⁶² sugieren que gran parte del aprendizaje se ubica y presenta dentro de un contexto cultural específico. Existe la necesidad de combinar la base del conocimiento específico con las exigencias de la práctica, algo que incorpora el conocimiento de procedimientos y proposiciones, acompañado de un control importante.

Esta conceptualización del aprendizaje como desarrollo del pensamiento práctico en un contexto específico, tiene implicaciones para las estrategias que desarrollan las competencias clave en los sectores productivos de bienes y servicios.

Este enfoque pretende contrarrestar el aprendizaje tradicional en los salones de clase. La mejor manera para desarrollar competencias sería proporcionar situaciones en las que los educandos experimenten problemas verdaderos y en las que su pensamiento práctico se ponga a prueba ante el pensamiento de otros trabajadores más expertos.

La literatura actual sobre experiencias, proporciona también una conceptualización interesante sobre la competencia en términos de estructuras cognoscitivas que suponen que es la etapa final de la adquisición de esta capacidad. Sin embargo, lo que sugiere es que la habilidad depende de una base organizada de conocimiento (estructura) a la que se tiene acceso rápido y que permite al experto anticipar problemas y diseñar estrategias para solucionarlos.

En consecuencia, el desafío para aquellos que buscan desarrollar trabajadores competentes es combinar la base de conocimiento específico con las exigencias de la práctica, incorporando el dominio afectivo, conocimiento del procedimiento y de las proposiciones con un control importante.

La tarea de identificar las competencias individuales en los trabajadores, debe realizarse dentro de un contexto específico de trabajo, el mismo que comprende los servicios donde desempeñan su labor, el modelo organizativo de atención a las demandas de su población,

y la coherencia y la congruencia en relación a la respuesta social organizada, concepción que hemos llamado el enfoque sanitario⁶³.

De este modo, el punto de entrada en la construcción de perfiles por competencias, es la definición de prioridades sanitarias, las que determinan el quehacer sanitario, señalan el modelo de atención y la organización de servicios, cómo los recursos humanos desarrollan sus competencias y posterior desempeño con enfoque sanitarista y ya no sólo biólogo, para aproximarse a la dimensión individual, familiar y comunitaria de la población.

Por lo tanto *necesitamos de una evaluación sanitaria*, es decir de la definición de las prioridades sanitarias teniendo en cuenta los ciclos de vida, funciones e indicadores de resultados de cada grupo profesional (administrativo o asistencial) en relación a las actividades que desempeñan a una jurisdicción sanitaria determinada.

Una acción de transformación del sistema como elemento de gestión muy importante aunque poco frecuente, consiste en evaluar la relación existente entre el trabajo, la competencia y el perfil sanitario local.

2. DIFERENTES ENFOQUES EN LA TIPOLOGÍA DE COMPETENCIAS LABORALES⁶⁴

Así como existen variadas definiciones de competencia laboral, se han construido diferentes y variadas tipologías, desde clasificaciones generales realizadas en un sistema nacional, como es el caso del sistema inglés y del sistema mexicano de certificación de competencias, hasta clasificaciones hechas a la medida de las necesidades de una determinada organización, como es el caso, por ejemplo, de empresas que realizan sus propias divisiones en dos o más grupos de competencias. Los criterios que se utilizan para tipificar corresponden a menudo al grado de generalidad de la competencia o a la naturaleza de la competencia respecto a distintos campos o dominios⁶⁵.

En el libro *Competencial Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud* se citan las siguientes tipificaciones de competencias⁶⁶:

El sistema mexicano distingue tres tipos de competencias:

- *Básicas* (vinculadas a niveles generales de lecto escritura, aritmética, etcétera).
- *Genéricas o transversales* (por ejemplo, trabajo en equipo, comunicación efectiva).
- *Específicas* (las competencias propias de un cargo o trabajo determinado).

Bunk (1994) da cuenta de cuatro categorías:

- Competencia especializada.
- Competencia metodológica.

- Competencia social.
- Competencia participativa o de participación.

En la gestión por competencias a nivel de empresas, sobre todo en los EEUU, es usual distinguir dos tipos de competencias:

- Competencias centrales o de núcleo (*core competencies*).
- Competencias auxiliares.

El sistema francés reconoce dos tipos de competencias:

- Competencias profesionales.
- Competencias sociales, relacionadas con el saber ser, que es en último término, aprender a ser.

Las competencias sociales se relacionan con el saber ser (*savoir être*) sobre el cual tanto insisten la educación y el trabajo. Zarifian expresa que «por competencia social se entiende, en general, las capacidades desarrolladas en los tres campos siguientes: la autonomía, la toma de responsabilidad, la comunicación social». Zarifian⁶⁷ (1998). Vale la pena recordar aquí su observación sobre si estas competencias deberán ser consideradas realmente como sociales o como profesionales.

3. RELEVANCIA DE LAS COMPETENCIAS CLAVE O COMPETENCIAS TRANSVERSALES

La velocidad con que las diferentes ocupaciones se organizan ahora en el mercado laboral y la rápida variación en la organización del trabajo, han favorecido el énfasis en desarrollar una formación de base amplia para disminuir el riesgo de obsolescencia de lo aprendido. En esta línea, desde los años setenta se han venido desarrollando esfuerzos para identificar competencias transversales que permitan a los trabajadores adaptarse a los frecuentes cambios del contexto laboral⁶⁸.

Adicionalmente, los mayores niveles de decisión y autonomía que descansan sobre muchos procesos llevados a cabo por el trabajador, requieren que éste disponga de un bagaje de competencias ya no sólo de carácter técnico sino también de índole personal y social⁶⁹.

Respecto a valores y competencias transversales consideramos pertinente observar que convendría centrarse sólo en aquellas que sean más relevantes para determinados trabajos. Desde que se han popularizado este tipo de valores y competencias, se percibe una cierta tendencia a abundar en ellas desarrollando grandes listas que describen, al fin y al cabo, lo que toda persona debe hacer por el hecho de que es un ser humano y trabaja: íntegro y honrado, poder comunicarse, ser responsable, ser autónomo, etcétera.

Interesa a cada organización tener las competencias centrales que le son características como colectivos, que pueden ayudarle a distinguirse de otros y tener una ventaja en su

desempeño y resultados. Según Peter Drucker «las competencias centrales son diferentes para cada organización; ellas son, por así decirlo, parte de la personalidad de una organización». El autor se compromete, sin embargo, con una competencia que todos deberían tener: «Pero cada organización, no sólo las empresas, necesita una misma competencia central: la innovación». Drucker (1999)⁷⁰.

4. PERFIL OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS

Un perfil ocupacional consiste en una definición precisa de todas las características de una ocupación, relativas a la naturaleza y alcance del trabajo desempeñado en el ejercicio de la misma; a las exigencias que este trabajo plantea a las personas que lo ejecutan; a las condiciones ambientales propias del trabajo descrito; y a las relaciones entre la ocupación a que se refiere el perfil y otras ocupaciones pertenecientes, por lo general, a la misma especialidad o familia ocupacional. En la definición de un perfil ocupacional se utilizan, por lo tanto, las siguientes categorías⁷¹ de información:

a. El contenido del trabajo:

Este perfil ocupacional tiene que ver con la descripción de todas las actividades que la persona que desempeña la ocupación, hace en el ejercicio de su profesión.

Para lograr la definición del contenido del trabajo, el método utilizado consiste en la subdivisión del trabajo analizado en tareas, operaciones y pasos. Este método de análisis, ampliamente aplicado en la actualidad por los sistemas de formación, se basa en las siguientes definiciones de los conceptos antes citados:

a.1. Tarea.

Parte principal de trabajo realizado definida en función del logro de un resultado o producto concreto por medio de la aplicación de un método o procedimiento específico. El conjunto de tareas de una ocupación constituye una definición de todo lo que el trabajador hace en el ejercicio de la misma.

a.2. Operación.

Cada una de las etapas principales en que es posible subdividir la ejecución de una tarea. Tareas diferentes (aquéllas que conducen a productos diferentes o a un mismo producto logrado por métodos diferentes) pueden tener algunas de sus operaciones iguales. El conjunto de operaciones que forman una tarea constituye una descripción general de cómo el trabajador hace la tarea.

a.3. Cada una de las partes en que se subdivide la ejecución de una operación.

La secuencia de pasos necesarios para realizar una operación constituye una descripción detallada de la forma en que el trabajador ejecuta la operación.

Según estas definiciones:

La clave en la formulación de una tarea consiste en la identificación del producto o resultado obtenido y del método o procedimiento utilizado; en la formulación de operaciones y pasos es importante describir el procedimiento o método utilizado incluyendo, cuando sea el caso, los materiales, herramientas, equipos y accesorios empleados. La descripción de las operaciones y pasos incluye los siguientes elementos:

- Materiales, insumos, herramientas, equipos y accesorios utilizados en la realización del trabajo.
- Proceso utilizado para realizar el trabajo, que puede incluir las decisiones que el trabajador debe tomar frente a posibles disyuntivas.
- Producto final o intermedio logrado mediante el trabajo realizado.

Esta descripción deberá incluir, cuando sea oportuno, los puntos clave relativos a la seguridad e higiene en la ejecución del trabajo, tanto en relación al trabajador que realiza la actividad como en lo que se refiere a terceras personas.

No siempre en los perfiles ocupacionales se llega a definir el contenido de trabajo al máximo nivel de detalle. Dependiendo de la utilización que se dará a la información contenida en los perfiles, esta definición puede hacerse a nivel de tareas, operaciones o pasos. Es práctica común, a este respecto, definir perfiles normalizados a un nivel bastante general (tareas, operaciones, según la ocupación) y dejar que sean las instituciones que utilizan la información las que profundicen el análisis hasta llegar al nivel de detalle que requieren sus procesos.

b. Las exigencias del trabajo

En un perfil ocupacional contienen todos los requerimientos que el ejercicio del trabajo, detallado en el contenido, plantea al trabajador que ejerce la ocupación. Se incluyen en esta categoría las siguientes condiciones y competencias que debe reunir el trabajador para el desempeño de la ocupación:

b.1. Exigencias en materia de educación general y formación profesional.

Se trata de una especificación de los niveles de educación y formación profesional que exige el desempeño de la ocupación. Pueden ser definidos mediante una identificación del nivel mínimo de escolaridad que requiere la ocupación y una indicación del tipo de cursos de formación profesional que habilitan al trabajador para desempeñar el trabajo.

b.2. Competencias generales o básicas⁷².

Se trata de capacidades que trascienden los límites de una determinada ocupación y que no caen en desuso fácilmente como consecuencia del cambio tecnológico, estructural u organizacional.

Estas competencias se agrupan por niveles, que a su vez corresponden a ocupaciones de una determinada complejidad.

Reciben el nombre de niveles de calificación o competencia y se basan, entre otros, en los siguientes tipos de competencias.

- Conocimiento de lenguas extranjeras.
- Aptitudes formales como las siguientes:
 - Autonomía de pensamiento y reacción.
 - Flexibilidad metodológica y capacidad de reacción.
 - Capacidad de comunicación y de previsión en diferentes situaciones.
 - Comportamientos personales y sociales, como la disposición al trabajo, adaptabilidad, capacidad de intervención, disposición a la cooperación, honradez, rectitud, altruismo, espíritu de equipo.
 - Competencias metodológicas como capacidad para lograr soluciones adaptadas a situaciones específicas; capacidad de resolución de problemas; autonomía en la planificación y control de las propias acciones, etc.
 - Competencias participativas, capacidades de coordinación, organización, relacionamiento, convicción, decisión, responsabilidad, dirección, etc.

b.3. Competencias técnicas específicas⁷³

Se refieren a los conocimientos, destrezas y actitudes necesarios para el desempeño descrito en el contenido de trabajo del perfil. Pueden incluir, además, competencias relacionadas con la participación del trabajador en su entorno profesional, en la organización del trabajo y en actividades de planificación.

Para lograr un buen análisis de las competencias específicas requeridas por una ocupación, deberán identificarse en relación con cada una de las partes en que ha sido subdividido el contenido del trabajo (tareas, operaciones, fases) ya que el nivel de esas competencias no necesariamente es el mismo para cada una de ellas (conviene recordar aquí que la profundidad del análisis, como fue dicho anteriormente, puede variar según el uso que se pretende dar a la información).

Estas competencias sumadas a las competencias básicas, confieren a quien las posee, la competencia profesional para el desempeño de una ocupación.

b.4. Otras exigencias: experiencia laboral, certificación ocupacional, edad, esfuerzo físico.

- Experiencia laboral en la ocupación y previa al desempeño de la ocupación.
- Certificación ocupacional, en el caso que se requiera un certificado habilitable para poder ejercer la ocupación.
- Edad ideal (máxima y mínima) para el desempeño de la ocupación.
- Grado de esfuerzo físico que requiere el trabajo en la ocupación, medido en función del peso de los objetos que el trabajador debe levantar y/o transportar; el esfuerzo físico que requiere una ocupación se mide también por la proporción del tiempo total en que el trabajador debe permanecer en posiciones difíciles o fatigosas (haciendo equilibrio, de rodillas, agachado, etc.)

c. Las condiciones y medio ambiente de trabajo.

Se refieren a las características del medio que rodea al trabajador en el ejercicio de la ocupación y a los riesgos específicos a los que se expone durante el mismo.

Los siguientes datos hacen parte de las condiciones de trabajo:

- c.1. Ubicación del trabajo: bajo techo, a la intemperie, o mixto.*
- c.2. Relación del trabajador con otras personas, trabajo en equipo, la proximidad de otro o solo.*
- c.3. Frío, calor extremos; con o sin cambios de temperatura.*
- c.4. Ambiente mojado o húmedo.*
- c.5. Ruidos y vibraciones.*
- c.6. Condiciones atmosféricas: humo, olores, polvo, vapor, gases, etc.*
- c.7. Riesgos mecánicos, eléctricos, quemaduras, explosivos, radioactividad, objetos en movimiento, sitios elevados, etc.*

d. Las relaciones entre ocupaciones.

Estas relaciones pueden ser descritas a través de las respuestas a las siguientes preguntas:

- d.1. ¿A qué otras ocupaciones de nivel más elevado puede ser promovido o ascendido un trabajador que se desempeña en la ocupación analizada?*
- d.2. ¿Desde qué otras ocupaciones de nivel inferior un trabajador puede ser ascendido a la ocupación analizada?*
- d.3. ¿Hacia qué otra ocupación de igual nivel puede ser transferido un trabajador que se desempeña en la ocupación analizada?*
- d.4. ¿Normalmente tiene un trabajador en la ocupación a su cargo, la supervisión de otros trabajadores?*
- d.5. ¿El trabajador en la ocupación recibe normalmente, supervisión de tipo general o estrecha? ¿o trabaja de manera autónoma?*

e. Análisis ocupacional⁷⁴

El análisis ocupacional es el instrumento que utilizan los programas que se relacionan con los aspectos cualitativos del mercado de trabajo con el fin de lograr definir los perfiles y las competencias que requieren como elementos de referencia para sus respectivos procesos.

Se trata del estudio sistemático de las ocupaciones, mediante el análisis y comparación de los puestos de trabajo que las integran, en sus diferentes aspectos cualitativos anteriormente descritos.

Los perfiles ocupacionales (u ocupaciones) son el resultado de la comparación entre los perfiles de los puestos de trabajo que son analizados en las empresas o establecimientos de producción. Todos aquellos puestos que presentan características muy similares en cuanto a su contenido y exigencias son agrupados bajo un único perfil ocupacional, el cual se define en función de tales características.

Para poder analizar los puestos de trabajo, se procede de formas muy diversas según el tipo de trabajo estudiado y la naturaleza de los sectores productivos en que se encuentran situados los puestos objeto de análisis. Las formas de efectuar un análisis de puestos de trabajo pueden agruparse en dos grandes categorías:

- ✓ **Estudios muestrales**, que consisten en la definición de una muestra de establecimientos de producción de diferentes tamaños, ubicaciones geográficas, sectores productivos y niveles de tecnología. Todos estos establecimientos tienen en común el hecho de que utilizan mano de obra en las ocupaciones analizadas.
- ✓ **Estudios realizados a través de informantes clave**, en los que se reúne a un equipo seleccionado de especialistas en las ocupaciones que serán analizadas, quienes, utilizando las categorías de información definidas en los puntos anteriores, formulan los perfiles de las ocupaciones objeto de estudio. Los resultados de este trabajo son validados posteriormente por medio de observaciones directas y entrevistas dirigidas a ocupantes y supervisores de las ocupaciones analizadas.

Los resultados de ambos tipos de análisis son registrados en formularios normalizados y procesados de manera que constituya un producto uniforme en lo que se refiere al uso de las diferentes categorías de información (contenido de trabajo, exigencias, condiciones de trabajo, relaciones entre ocupaciones) y a la sintaxis utilizada en la presentación de la información.

Es importante citar que la construcción de perfiles ocupacionales por competencias normalizados o estandarizados permitirá:

- El diseño de programas de capacitación, perfeccionamiento, o especialización que tengan por objeto preparar profesionalmente trabajadores o técnicos calificados que respondan a solucionar los problemas o necesidades de la práctica.
- La evaluación del nivel de competencia que los trabajadores desempeñan en sus puestos de trabajo, mediante la comparación entre los niveles de competencia estándares (deseados) y los niveles de competencia actuales (reales).
- La evaluación de los niveles de competencias de las personas aspirantes a puestos de trabajo.
- El control del cumplimiento de las condiciones de higiene y seguridad mínimas en determinados servicios.

- Que los resultados de la evaluación por competencias sea un insumo para establecer una política de incentivos al trabajador.

5. LOS PROCESOS PARA APLICAR EL ENFOQUE DE COMPETENCIA LABORAL⁷⁵

Para facilitar la aplicación del concepto de competencia, es conveniente diferenciar cuatro procesos⁷⁶.

Identificación de competencias

Es el método o proceso que se sigue para establecer, a partir de una actividad de trabajo, las competencias que se ponen en juego con el fin de desempeñar tal actividad, satisfactoriamente.

Normalización de competencia

Es la formalización de una competencia a través del establecimiento de estándares que la convierten en un referente válido para un determinado colectivo. De hecho, el referente es una norma de competencia laboral.

Evaluación de competencia

Es un proceso tendiente a establecer la presencia o no de determinada competencia en el desempeño laboral de una persona.

Certificación de competencias

Es el reconocimiento formal de la competencia demostrada (por consiguiente evaluada) de un individuo para realizar una actividad laboral normalizada.

Adicionalmente, la definición de perfiles con el enfoque de competencias, puede servir como un instrumento para interactuar de manera más efectiva con las instituciones formadoras de recursos humanos de salud, lo que da origen a un producto pedagógico que podemos denominar la «Formación Basada en Competencias» (FBC)⁷⁷.

Formación basada en competencias (FBC)

La FBC puede ser entendida como un proceso abierto y flexible de desarrollo de competencias laborales que, con base en las competencias identificadas, ofrece diseños curriculares, procesos pedagógicos, materiales didácticos y actividades y prácticas laborales a fin de desarrollar en los participantes, capacidades para integrarse en la sociedad como ciudadanos y trabajadores.

Basados en las experiencias de aplicación, con la finalidad de garantizar la sostenibilidad de los resultados de la misma y teniendo en cuenta el proceso de descentralización en marcha, identificamos dos ejes estratégicos que deben ser los rieles sobre los cuales deben rodar la identificación y normalización de las competencias.

Ejes estratégicos para la identificación y normalización de competencias

La identificación, definición o construcción de las competencias constituye el punto de partida que presenta un conjunto de requisitos entre los cuales destacamos dos:

- La exigencia de que la competencia sea identificada a partir del trabajo y no de la formación.
- La exigencia de que la identificación sea un proceso participativo.

El desempeño del trabajador es clave para definir la competencia, puesto que ella incluye los conocimientos, habilidades y actitudes que una persona debe combinar y poner en acción en diferentes contextos laborales.

Puede afirmarse que la identificación de competencias es el proceso de analizar el trabajo para determinar los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, es decir, las competencias que son movilizadas por los trabajadores de una organización a fin de lograr los objetivos de la misma.

Para identificar las competencias se acostumbra realizar estudios o análisis ocupacionales a cargo de grupos de tarea o comités de trabajo, constituidos por personas provenientes de

cuatro vertientes distintas: trabajadores, empleadores, técnicos en la especialidad y uno o más metodólogos especializados en competencias.

6. LOS MÉTODOS PARA DEFINIR COMPETENCIAS

En la acepción amplia de estudios ocupacionales, existen tres⁷⁸ conocidos métodos para definir competencias:

- ✓ El análisis ocupacional, que incluye a la familia DACUM/AMOD/SCID.
- ✓ El análisis constructivista.
- ✓ El análisis funcional.

Los tres métodos han tenido un desarrollo conceptual y cronológico que va desde el análisis ocupacional hasta el constructivista. Quizás una manera rápida de identificarlos es distinguiendo el objeto de análisis de cada uno:

ANÁLISIS	OBJETO DE ANÁLISIS
<ul style="list-style-type: none"> ● Análisis ocupacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El puesto de trabajo y la <i>tarea</i>.
<ul style="list-style-type: none"> ● Análisis DACUM, AMOD, SCID. 	<ul style="list-style-type: none"> ● El puesto de trabajo y la <i>tarea</i> para definir el currículum de formación.
<ul style="list-style-type: none"> ● Análisis funcional MAPA FUNCIONAL. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La <i>función productiva</i>, con énfasis en la certificación de competencias.
<ul style="list-style-type: none"> ● Análisis constructivista ETED. 	<ul style="list-style-type: none"> ● La <i>actividad trabajo</i>, el trabajo estudiado en su dinámica.

A continuación presentamos cada método y algunos comentarios generales:

✓ EL ANÁLISIS OCUPACIONAL⁷⁹

Según (Pujol 1980)⁸⁰, el análisis ocupacional es el proceso de recolección, ordenamiento y valoración de la información relativa a las ocupaciones, tanto en lo que se refiere a las características del trabajo realizado, como a los requerimientos que plantean al trabajador para su desempeño satisfactorio.

La cédula del análisis ocupacional comienza con lo que se denomina la sentencia inicial para el puesto de trabajo: ¿qué hace el trabajador, para qué lo hace y cómo lo hace?. El *cómo lo hace* constituye habitualmente el cuerpo del instrumento. La misma cédula tiene espacios para establecer las habilidades y destrezas necesarias y los conocimientos relacionados.

En el caso de trabajo físico, se establecen también condiciones, por ejemplo, de coordinación ojo/ mano, ojo/mano/pierna, etcétera, y el tipo de esfuerzo requerido. Estos análisis han permitido establecer escalas salariales basadas en factores tales como responsabilidad, esfuerzo mental, esfuerzo físico y ambiente de trabajo.

Hoy los puestos de trabajo cambian continuamente y tienen fronteras muchas veces difusas entre uno y otro; en un escenario organizacional que tiende a la polifuncionalidad y a la flexibilización y, a veces, inclusive a la desaparición de alguno de los puestos. Esto ha provocado cambios en el análisis. Desde esquemas conductistas muy ortodoxos, los métodos de análisis han tenido desarrollos tales como el matemático Guilbert (1967) que buscaba identificar el estímulo y la respuesta que el trabajador debía dar en cada caso; el método del ejecutante experimentado (*master performer*) por el cual se describía el mejor desempeño que se pudiese encontrar y después se validaba con otros casos; hasta la identificación que se hace hoy de competencias clave para las cuales se busca un desempeño conforme a estándares.

Entre las más importantes críticas que se le hacen a las formas ortodoxas de este método están las siguientes:

- Se centra en tareas y operaciones, con lo cual puede minimizar una serie de contribuciones del trabajador tales como su capacidad para resolver problemas, interactuar efectivamente y tomar decisiones.
- Su foco en el puesto de trabajo le puede restar potencialidad para identificar competencias transferibles, muy valiosas en los actuales contextos de cambio rápido.
- El análisis DACUM, AMOD, SCID

Uno de los desarrollos más recientes sobre el análisis del trabajo lo constituyen la familia de metodologías DACUM, AMOD y SCID que se analizan a continuación:

El método DACUM⁸¹ (*Developing a Curriculum*)⁸²

El método DACUM es una metodología de análisis cualitativo del trabajo que sigue la lógica del análisis ocupacional de tareas. Fue desarrollado originalmente en Canadá con el fin de recolectar información sobre los requerimientos para el desempeño de trabajos específicos.

Está considerada como una metodología útil y rápida en la descripción del contenido de las ocupaciones. Es una herramienta ampliamente utilizada en la preparación de los currículos para los programas de nivel técnico y en la elaboración de análisis del trabajo en los Estados Unidos y Canadá. Su difusión en América Latina también ha sido rápida y se cuenta con

experiencias en varios países de la región. La metodología se aplica con algunas variaciones dependiendo de las instituciones y actores comprometidos⁸³.

Principios básicos de la metodología DACUM

- *Los trabajadores expertos⁸⁴ pueden describir su trabajo más apropiadamente que ningún otro.* Quienes se desempeñan en las ocupaciones objeto de análisis y desarrollan bien su trabajo son verdaderos expertos en tal tipo de trabajo. Aunque los supervisores y gerentes de línea pueden conocer mucho sobre el trabajo desarrollado, usualmente carecen del nivel de experticia necesario para hacer un buen análisis de tal trabajo⁸⁵.
- *Una forma efectiva de definir una ocupación consiste en describir las tareas que los trabajadores expertos desarrollan.* Un trabajador puede desempeñar una variedad de tareas que sus compañeros de trabajo y clientes internos aprecian mucho. En esto, las actitudes y el conocimiento por sí solos no son suficientes; su forma de hacer bien las cosas implica el desarrollo de actividades que si son conocidas por la empresa, pueden facilitar una mejor capacitación para todos los demás.
- *Todas las tareas, para ser desarrolladas correctamente, demandan la aplicación de conocimientos, conductas y habilidades, así como el uso de herramientas y equipos.* El DACUM da importancia a la detección de los factores que explican un desempeño exitoso por lo cual se orienta a establecer no sólo las tareas, sino a obtener la lista de tales factores. Especifica también las herramientas con las que interactúa el trabajador, para facilitar el entrenamiento práctico.

El método DACUM se basa en el trabajo conjunto de supervisores y trabajadores quienes mediante la técnica de la lluvia de ideas describen sus ocupaciones. El proceso DACUM descansa en dos factores clave para su éxito:

1. *La selección correcta de quienes integrarán el panel de trabajadores.*
2. *La disponibilidad de un buen facilitador de la metodología.*

Como es una metodología para facilitar el diseño curricular, algunas aplicaciones tienen en cuenta la presencia de docentes o instructores, pero sobre este tema existen variadas posiciones como se explica más adelante.

1. Para la selección del panel de trabajadoras y trabajadores expertos, se suele sugerir:

- Escoger los mejores trabajadores de la ocupación bajo análisis. Al respecto se insiste en su nivel de experticia y su excelente desempeño en la ocupación bajo análisis.
- No incluir docentes ni supervisores en el panel. Los primeros tienden a guiar el panel hacia sus propias ideas sobre lo que debería ser un programa de capacitación. Por otro lado, la presencia de supervisores tiende a intimidar a los trabajadores y ocasiona que dejen de participar activamente. En este punto en particular, existen

discrepancias entre diferentes aplicaciones de la metodología, como se puede apreciar más adelante.

Algunas aplicaciones del DACUM se inclinan a facilitar la presencia de supervisores en el panel y la presencia de docentes o instructores, pero estos últimos en calidad de observadores⁸⁶.

Participación de supervisores y observación de docentes o instructores

Una vez identificada el área donde se aplicará el taller DACUM, se selecciona un grupo de trabajadores considerados expertos por el desempeño demostrado y algunos de sus supervisores, para construir el mapa de funciones y tareas. También pueden estar presentes observadores, por ejemplo instructores de capacitación o profesores de escuelas técnicas para que observen si sus cursos concuerdan con los requerimientos de la práctica productiva, o bien el personal que se encargará del desarrollo de las guías didácticas a partir de los resultados del taller. (Ohio State University, op. cit.).

2. El segundo componente clave es la facilitadora o facilitador del taller DACUM.

Es quien debe guiar al panel durante el proceso con objetividad y asegurando que el panel logre un consenso en la descripción de la ocupación. Debe vigilar el estado de ánimo del grupo y su ritmo de avance y asegurarse de que el panel reconozca y asuma el compromiso para redactar la descripción ocupacional en cuestión.

Como en una orquesta, donde el director y los músicos son igualmente importantes para tocar la sinfonía; el facilitador y el panel deben trabajar juntos para crear las descripciones ocupacionales. (Jones, 2000)⁸⁷.

Fortalezas y debilidades del DACUM

Aunque una de las principales ventajas del DACUM es su corto tiempo de realización, en especial comparado con otros métodos de análisis ocupacional, quienes utilizan el método, argumentan otros puntos fuertes. Bailey y Merritt (1995):

- Utiliza un lenguaje sencillo y evita academicismos.
- Puede ser implementado por los empleados, empleadores y educadores sin necesidad de un especialista académico.
- El facilitador solamente fortalece el papel jugado por los miembros del panel; en el grupo se genera una fuerte interacción.
- Es un método flexible en cuanto a la profundidad con que puede ser desarrollado.
- Facilita una descripción ocupacional fácil de entender tanto por los educadores como por los empleadores y empleados.
- En Estados Unidos y Canadá tiene una fuerte acogida entre los responsables de elaborar estándares de habilidades
- Los productos nacen de los trabajadores y ello disminuye la resistencia a la adopción de estándares y aclara mejor las descripciones ocupacionales. Mertens (1997)⁸⁸.

También se argumentan algunas desventajas para el DACUM, siendo la más fuerte la posibilidad de subdividir las actividades de trabajo en sus partes, con una estrecha visión de los roles que juegan los trabajadores. En efecto, las descripciones suelen quedarse en tareas Bailey y Merritt (1995), lo cual contrasta con la tendencia cada vez mayor de dar autonomía a los trabajadores debido a que en su desempeño se enfrentan a situaciones y circunstancias en las que deben aplicar sus conocimientos y habilidades para resolver situaciones inesperadas o problemas imprevistos.

Otras desventajas que se atribuyen al DACUM son:

- Los materiales didácticos elaborados pueden estar orientados de modo excesivo a tareas y descuidar el contexto en el que se da el desempeño y su complejidad.
- Al reducir el papel del trabajador a una serie de funciones y tareas, genera un fuerte parecido con la concepción Taylorista de diseño del trabajo. De esta forma puede ocurrir que su interés se centre más en la descripción de las tareas y descuide el contexto organizacional y el objetivo final de la ocupación en análisis.
- Mientras el DACUM se suele aplicar a nivel de ocupación e inclusive de puesto de trabajo, el análisis funcional puede efectuarse desde el nivel de sector y empresa con una visión más sistémica del trabajo y su contexto.

Este último punto es también compartido por Mertens (1997)⁸⁹ cuando afirma que se descuida el análisis de aspectos como las actitudes, el liderazgo, la comunicación y las interacciones sociales que acontecen en el ambiente laboral. Agrega el riesgo de efectuar una inadecuada selección del panel que desemboque en trabajadores no representativos y, por tanto, en un ejercicio inútil.

El método AMOD⁹⁰

El AMOD recibe su denominación por la expresión A MODel. Este es efectivamente un modelo que utiliza como base al DACUM y le agrega la perspectiva de organización de las funciones y tareas desde el punto de vista del diseño del currículo formativo. La principal innovación del AMOD es su mayor relación con el proceso de diseño curricular debido a que establece la secuencia en que puede hacerse la formación. Además, aporta mayores bases para la evaluación.

El proceso inicial para realizar el AMOD es igual al DACUM; se planifica el proceso, se organiza el panel de expertos, se lleva a cabo la lluvia de ideas utilizando las tarjetas que son fijadas en un muro para que todos las visualicen.

A partir de las tarjetas, con el apoyo del facilitador se van depurando las funciones poco claras o las que están repetidas. De este modo se establecen las grandes funciones y luego las tareas que componen cada una de las funciones.

El ordenamiento AMOD según la complejidad de las tareas

Hasta aquí el proceso del AMOD⁹¹ es idéntico al del DACUM, pero en adelante se realiza un ordenamiento según la complejidad de las tareas por cada función. Se trata de organizar las tareas que componen cada función empezando por las más simples y avanzando hacia las más complejas. Ello debe hacerse para cada una de las funciones.

Al finalizar esta organización se tendrán todas las funciones con sus respectivas tareas ordenadas por el criterio de complejidad. Así, se construye una visión de la ocupación y de los diferentes grados de complejidad de las funciones y tareas que la componen.

El ordenamiento según el criterio de aprendizaje: aproximándose al currículo

En esta fase, el criterio de ordenamiento ya no se hace a partir de la complejidad de las funciones y tareas. El sentido de organización cambia para mostrar la forma en que debería estructurarse el currículo de aprendizaje de la ocupación.

Se conforman de esta manera grupos de tareas provenientes de diferentes funciones, agrupadas con el criterio de facilitar el aprendizaje de la ocupación.

El nivel de complejidad para el aprendizaje puede medirse con el criterio de lo práctico a lo teórico; o de lo más simple a lo más complejo. En algunos casos los expertos pueden mezclar según su opinión, los dos criterios para acercarse a las condiciones reales en que se lleva a cabo el aprendizaje para la ocupación en análisis.

El resultado es una matriz con módulos que agrupan tareas correspondientes a diferentes funciones. En cada módulo se incluyen tareas de un nivel de complejidad similar que va complicándose a medida que se avanza de un módulo a otro módulo.

Proceso general del AMOD

- Realizar proceso DACUM hasta obtener la matriz validada.
- Ordenamiento de las tareas de cada función; desde la más fácil hasta la más difícil.
- Estructurar "módulos" combinando tareas aun de diferentes funciones, con el criterio de facilitar el aprendizaje. Este criterio consiste en colocar los módulos en orden de complejidad, es decir ¿con qué debe empezar el aprendizaje?, ¿con qué continúa? ¿con qué termina?.

Lista la matriz AMOD, deberá llevarse a cabo un proceso de revisión y validación que garantice su representatividad. Una vez terminado se llevará a cabo el proceso de formación, y podría ser usada con fines de evaluación y autoevaluación.

El SCID (*Systematic Curriculum and Instructional Development*)⁹²

El SCID (Desarrollo Sistemático e Instruccional de un Currículum) es una metodología enfocada al desarrollo de un currículum relevante, presentado como de alta calidad, en un tiempo corto y a bajo costo. En realidad, lleva a cabo un análisis bastante detallado de las tareas que son identificadas a partir del DACUM.

El DACUM y el SCID guardan una estrecha relación, porque el DACUM hace parte de la metodología de desarrollo curricular del SCID. Se inicia elaborando la matriz DACUM y de ahí en adelante se sigue con los pasos que se referirán a continuación.

La fase de análisis del SCID

En la *fase de análisis* del SCID se lleva a cabo una detallada revisión de las tareas que integran cada función establecida en la matriz DACUM. Este análisis detallado implica desagregar cada tarea en sus pasos constitutivos.

Para cada paso del análisis SCID se define lo siguiente Van der Werff (1999)⁹³:

- El parámetro estándar de ejecución.
- Las necesidades de equipos y herramientas.
- Los conocimientos técnicos aplicados.
- Los aspectos de seguridad e higiene.
- Las decisiones que debe tomar el trabajador.
- Las indicaciones más importantes a tener en cuenta en la ejecución de la tarea.
- Los errores más comunes que puede cometer.

Usualmente es necesario construir una matriz adicional para representar por cada paso los datos mencionados. De este modo se tendrían dos matrices en el SCID (para la fase 1 de análisis de la ocupación):

- La primera es la matriz tradicional tipo DACUM.
- La segunda es la matriz de desagregación de pasos para cada tarea.

Estas sucesivas especificaciones son las que hacen del SCID un método altamente valorado para el diseño de currículos formativos debido a que permite recoger toda la información necesaria para establecer los materiales didácticos, las guías de aprendizaje, la guía para el docente y los demás materiales que incluye. Sin embargo, la excesiva especificación puede enfatizar la crítica que se hace del DACUM, esta vez para el SCID, en el sentido de compartimentar demasiado los componentes explícitos del trabajo; perdiendo de vista los procesos complejos de interacción y las competencias de comunicación y trabajo en equipo que muchas veces son la clave del desempeño.

En la fase de diseño del SCID:

- Se establecen las estrategias (modalidades y métodos de entrega) para la ejecución del programa formativo.
- Se establecen los objetivos del programa de formación.
- Se diseñan los instrumentos de evaluación del aprendizaje.
- Se especifica la logística requerida para ejecutar el programa formativo. La especificación logística del programa incluye la definición del proceso de ingreso de alumnos (cuándo, quién lo efectúa, dónde), las necesidades de formación de los docentes, la sede para ejecutar la formación, maquinarias, equipos didácticos y materiales formativos, duración del curso y recursos de financiamiento necesarios para su ejecución.

El desarrollo instruccional incluye:

- La definición del itinerario del programa de formación.
- Las posibilidades de certificación parcial o total de acuerdo con las funciones y tareas consideradas.

Enseguida se elaboran las cartillas - guía para los alumnos, los medios didácticos de apoyo y la guía para el docente. Se debe hacer una revisión detallada del currículo desarrollado antes de ser puesto en ejecución.

Luego viene la fase de operación o ejecución de la capacitación, de acuerdo con lo planificado, teniendo en cuenta que el SCID exige realizar la evaluación formativa de los aprendizajes y documentar la operación.

Por último, el SCID incluye la realización de una *evaluación* sumativa (al final de la ejecución) que permita analizar la ejecución y generar retroalimentación para una posterior aplicación del programa de formación.

✓ EL ANÁLISIS CONSTRUCTIVISTA⁹⁴

El análisis constructivista o método ETED⁹⁵, basado en la actividad trabajo, tiene su origen y mayor desarrollo en Francia. Su institución impulsora es el CEREQ, centro de alcance nacional cuya sede fue trasladada en 1998 París a Marsella.

Entre los trabajos más interesantes de la institución destacan los relacionados con los observatorios del empleo.

Al decir de Rojas, «el análisis reflexivo del trabajo favorece una noción cognitivista y constructivista de competencia laboral». El mismo autor comenta que mientras el análisis funcional identifica la competencia como atributos de funciones dirigidas a un resultado, el análisis utiliza un constructor denominado ETED, que concibe las competencias como capacidades movilizadas en el proceso de producción, guiadas por el ejercicio de un rol profesional y de otro de interfase entre trabajadores.

El concepto de empleo tipo, estudiado en su dinámica, refiere a un cúmulo de situaciones individuales lo suficientemente próximas unas de otras como para constituir un núcleo duro de competencias, un piso común que es una entidad coherente.

El ETED describe el núcleo de los empleos entendido como empleo tipo según tres criterios:

- a. La finalidad global o rol profesional.
- b. La posición en el proceso de producción.
- c. El rol de interfase.

En el ETED, el trabajo competente se caracteriza por:

- La capacidad de enfrentar imprevistos.
- La dimensión relacional.
- La capacidad de cooperar.
- La creatividad.

El ETED exige la observancia de dos principios:

- **Variabilidad.** Hay que mostrar el trabajo en su variabilidad.

- **Tecnicidad.** Hay que otorgar un justo lugar al accionamiento de la máquina, la puesta en marcha del método de trabajo, la aplicación de los reglamentos y también a la intervención sobre el material.

La idea es aproximarse a la naturaleza del trabajo de modo que revele los saberes propios a la transformación de una materia o situación, es decir, los saberes en la acción (su movilización, perfeccionamiento, transmisión).

El reconocimiento profesional, más allá de un diploma importante de estudios o un alto salario, es una premisa central de los principios metodológicos del ETED. Las variables que usa para caracterizarla son: la calificación, la formación, la certificación, las clasificaciones convencionales, los salarios, el desarrollo de la carrera, el nombre del oficio, el tipo de empresa donde se ejerce, el estatuto profesional que confiere (liberal, asalariado, público, privado), el sistema de representación profesional y laboral (sindicatos, cámaras), la cultura e historia.

La comprensión de la competencia en el ETED corresponde a un conjunto de atribuciones o de bloques de actividad coherentes desde el punto de vista del individuo y desde el de la organización productiva. Como búsqueda de coherencia en un rango amplio de actividades, el empleo tipo es el oficio en las condiciones de variabilidad que introduce la producción moderna. A diferencia de otros enfoques que enfatizan el aspecto técnico organizacional de la noción, el ETED concibe la competencia a partir de una unidad de referencia que vincula la escala de la gestión y la escala humana y social.» Rojas (1999)⁹⁶.

Para aplicar el método de análisis ETED se usan instrumentos tales como guías de entrevistas y cuadros de identificación de actores.

Los pasos para aplicar el ETED son:

- Identificación de actores.
- Entrevistas.
- Estructuración de la información.
- Escritura y formalización de cada noción.
- Retorno y validación a los grupos técnicos formados por los titulares de los empleos.

Contenidos de un estudio ETED

El ETED tiene una ficha de identificación, una ficha demográfica, las fichas de competencias y las fichas dinámicas.

Las fichas de competencias contienen:

- Atribuciones (¿qué hace?, ¿en qué red de relaciones?).
- Trayectorias (¿de qué se hace cargo?, ¿para hacer qué?).
- Extensión del campo (¿cuál es la carga de trabajo?, ¿en qué límites?).
- Condiciones de trabajo, aspectos particulares.
- Saberes movilizados (saber, saber hacer, saber ser).

Las fichas dinámicas contienen:

- Variabilidad y elasticidad.
- Filiación de las competencias.

Los cultores del ETED destacan especialmente su carácter holístico. En palabras de Meghnagi: «Nuestro enfoque es holístico porque:

- Relaciona tareas y atributos.
- Admite que en un desempeño concurren varias acciones intencionales simultáneamente.
- Toma en cuenta el contexto y cultura en que tiene lugar la acción.

La propuesta formativa del enfoque holístico debe integrar:

- Experiencia laboral.
- Conocimiento profesional (técnico).
- Conocimiento general.

✓ EL ANÁLISIS FUNCIONAL (AF)⁹⁷.

Otra forma más reciente de ver el mundo del trabajo partió de analizar la relación entre el todo y sus partes integrantes; concebir el trabajo como facilitador del logro de los objetivos; ubicarlo en el contexto organizacional. A diferencia de los métodos hasta ahora utilizados que se centran en revisar las funciones y tareas con referencia a una ocupación, sin examinar las relaciones con su contexto organizacional, el AF empezó a considerar la

función de cada trabajador en una relación sistémica con las demás funciones y con el entorno organizacional mismo. Mertens (1996)⁹⁸.

El análisis funcional se utiliza como herramienta para identificar las competencias laborales inherentes al ejercicio de una función ocupacional. Tal función puede estar relacionada con una ocupación, una empresa, un grupo de empresas o todo un sector de la producción o los servicios. Es de amplia utilización en países que cuentan con sistemas de certificación de competencias basados en estándares o normas de competencia. De hecho, en los sistemas normalizados de certificación, el análisis funcional se utiliza para identificar las competencias que son la base de la elaboración de las normas.

Por ejemplo, el AF es de plena utilización en el Sistema Nacional de Calificaciones Vocacionales basado en competencias del Reino Unido.

Este sistema utiliza estándares de competencia laboral, descripciones de logros laborales que se deben alcanzar en un área laboral determinada.

El método está ampliamente difundido entre los organismos privados que participan en el sistema con funciones de certificación de competencias.

Es el más usado, ya sea en su forma original de los NVQ, o con algunos de los varios métodos empleados para efectuarlo.

Algunas instituciones de formación de América Latina han aplicado el AF, como es el caso del Servicio Nacional de Aprendizaje SENA de Colombia que lo define como:

Método mediante el cual se identifica el propósito clave de un área objeto de análisis, como punto de partida para enunciar y correlacionar sus funciones hasta llegar a especificar las contribuciones individuales. Este método facilita la definición de Unidades de Competencia Laboral y el establecimiento de Normas de Competencia Laboral.

Dos aspectos fundamentales para la realización del AF considerados por el SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje de Colombia)⁹⁹ en su guía son:

- a. Es un *proceso experimental*. No existen procedimientos exactos para realizarlo; estos se van construyendo con los aportes de los participantes. Como tal, no consiste en la aplicación de una fórmula matemática exacta; más bien es un proceso de análisis del trabajo en sus funciones integrantes.
- b. El proceso se desarrolla *con expertos de la actividad laboral*, empleadores y trabajadores siguiendo los lineamientos metodológicos aquí expuestos.

Principios del análisis funcional¹⁰⁰

El análisis funcional se aplica de lo general (el propósito principal reconocido) a lo particular. Concluye -como hemos visto- cuando el analista se encuentra frente a las funciones productivas simples consideradas como elementos de competencia. Se ha preferido utilizar la expresión «de lo general a lo particular» y no la «de arriba hacia abajo» que a veces se utiliza, ya que esta última puede dar idea de que el mapa funcional corresponde, o que por lo menos estaría emparentado, con la estructura jerárquica de la organización laboral, cosa que no debe suceder.

El desglose en el análisis funcional se realiza con base en la relación causa - consecuencia.

El análisis funcional debe identificar funciones delimitadas (discretas) separándolas de un contexto laboral específico.

Es decir, en el mapa deben consignarse aquellas funciones que tengan claramente definidos su inicio y término (no deben ser continuas).

Por otra parte las funciones no deben estar referidas (como es el caso de las tareas) a una situación laboral específica, ya que se restringe la posibilidad de identificación de la capacidad de transferencia quedando inscrita en el marco de un determinado puesto de trabajo. Un aspecto que complementa lo anterior y que resulta útil es el mantener en todos los casos (puede evidentemente haber excepciones) una estructura gramatical uniforme para las oraciones que expresen las funciones. La estructura gramatical generalmente aceptada es la constituida por: **VERBO + OBJETO + CONDICIÓN**, como veremos más adelante.

El mapa funcional

El «conocer» enfatiza que el mapa funcional no es un organigrama (la carta organizativa de la organización laboral), así como tampoco es un diagrama del flujo de procesos, ni una descripción de las operaciones técnicas de la organización. Los resultados que se esperan y deben expresarse en el mapa funcional son los que se obtienen por la actividad de las personas, no por el funcionamiento de los equipos.

El mapa -o árbol- se inicia con el propósito principal identificado (correspondiente a lo que sería el producto integral para el caso de análisis de valor) y la desagregación o desglose de este propósito principal da origen a las distintas ramas que se terminan en el momento en que se encuentran (mejor dicho detectan) los elementos de competencia.

La base del análisis funcional es la identificación, mediante el desglose o desagregación y el ordenamiento lógico de las funciones productivas que se llevan a cabo en una empresa o en un conjunto representativo de ellas; según se trate de la búsqueda de elementos de competencia para la configuración de Normas Técnicas de Competencia Laboral específicas para una determinada empresa o para un sistema de cobertura nacional.

Conviene considerar algunas reglas clave en la elaboración de un mapa funcional. En el cuadro siguiente elaborado por el SENA (1999)¹⁰¹, se tiene un muy buen resumen de tales reglas:

ALGUNAS REGLAS PARA ELABORAR EL MAPA FUNCIONAL

ANALIZAR DE LO GENERAL A LO PARTICULAR	Partir de un propósito clave.
	Mantener la relación consecuencia - causa entre las funciones.
	Desglosar hasta las contribuciones individuales.
	Cada desagregación debe tener, al menos, dos desgloses.
ENUNCIAR FUNCIONES DISCRETAS	El mapa funcional NO es necesariamente simétrico.
	La función tiene un comienzo y un fin; su alcance es preciso.
	Cada función debe aparecer sólo una vez en el mapa funcional.
	Redactar funciones en términos de resultados de desempeño y no en términos de programas de capacitación.
	Describir lo que hace el trabajador, no los equipos y las máquinas.
	No referir la función a contextos laborales específicos.
	Evitar referirse a operaciones o procesos.
UTILIZAR UNA ESTRUCTURA GRAMATICAL UNIFORME	Evitar identificar el mapa funcional con la estructura ocupacional.
	Evitar referirse a indicadores de productividad.
	Las funciones se enuncian con Verbo + Objeto + Condición.
	El Verbo debe ser "activo", enfocado a la evaluación del desempeño laboral de las personas.
	El Objeto es aquello sobre lo cual ocurre el desempeño que se evaluará.
	La Condición debe ser evaluable y debe evitar el uso de calificativos y condiciones irreales.
Evitar el análisis excesivo de una palabra o frase. No entrar en discusiones pedagógicas y políticas.	

Los pasos para realizar el análisis funcional son:

- Conformar el grupo de expertos.
- Fijar el propósito y alcance del análisis a efectuar.
- Desarrollar el mapa funcional.
- Identificar las unidades de competencia y redactar los elementos de competencia.
- Redactar los criterios de desempeño.
- Redactar el campo de aplicación.
- Redactar las evidencias de desempeño.
- Redactar las evidencias de conocimiento.
- Asegurar la calidad del estándar.

El *grupo de expertos* no debe ser numeroso; se suele sugerir que no exceda de diez personas que efectúen realmente el trabajo analizado. Se reúne en un salón apropiado para la interacción y desarrolla los análisis guiados por un conocedor de la metodología. Es aconsejable preparar al grupo realizando una pequeña introducción sobre el enfoque de competencias, la utilidad y características del análisis funcional (AF) así como sus reglas.

Una vez organizado y preparado el grupo de expertos, el primer paso del AF consiste en **definir el propósito clave** en el nivel en el que se está trabajando.

El AF comienza con la siguiente pregunta:

¿Cuál es el propósito principal de la ocupación, organización laboral o función productiva de servicios, que interesa analizar?.

El análisis funcional puede desarrollarse en el nivel de ocupación (ejemplo: médico), de organización laboral (ejemplo: puesto de salud), o de sector (ejemplo: Ministerio de Salud). En todo caso, su lógica es deductiva así que avanza desagregando sucesivamente desde lo general hasta lo particular.

El propósito clave es el enunciado que define aquello que la ocupación o sector bajo análisis permite alcanzar o lograr. Se redacta siguiendo la regla de iniciar con un verbo, luego el objeto sobre el que aplica la acción del verbo y finalmente, una condición.

Después de definir el propósito clave, se avanza resolviendo la siguiente pregunta: *¿qué hay que hacer para que esto se logre?*

Del modo indicado se empieza un proceso de desagregación sucesiva en el cual cada respuesta indica una función que contribuye indudablemente al logro del propósito clave.

Es importante no pensar las funciones en términos de un determinado puesto de trabajo; más bien, funciones dentro de un contexto laboral más amplio, que puedan ser transferibles de un puesto a otro.

De esta manera, estaremos determinando las unidades de competencia o competencias generales.

Unidades de competencia o competencias generales

Son todas aquellas funciones productivas definidas a ese nivel en el mapa funcional; están conformadas por un conjunto de funciones generales dentro de un contexto laboral.

Después de definir la unidad de competencia o competencia general se avanza resolviendo nuevamente la siguiente pregunta: **¿Qué hay que hacer para que esto se logre?**, precisando el tercer nivel de desagregación que son **las unidades de competencias o realizaciones profesionales o competencias específicas**.

La realización profesional o elementos de competencia o competencia específica, describe los resultados y comportamientos laborales que un trabajador debe lograr y demostrar en el desempeño de una función en un área ocupacional específica (SENA - 1999).

Las realizaciones profesionales (elementos de competencia):

- a. Corresponden a funciones de último nivel del mapa funcional (contribuciones individuales).
- b. Identifican lo que una persona debe ser capaz de hacer en el trabajo.
- c. Describen los resultados de lo realizado y no los procedimientos.
- d. Están expresados en un lenguaje que tiene sentido para empresarios, supervisores, evaluadores, trabajadores y formadores.
- e. Describen funciones aplicables en los diferentes contextos donde el trabajador debe demostrar su competencia.
- f. Permiten la demostración y la evaluación.
- g. Expresan prácticas laborales seguras y saludables.

Normalmente se efectúa la pregunta hasta llegar a tres o, a lo sumo, cuatro niveles de desagregación de lo que se va configurando como el «mapa funcional». El punto en el cual se detiene, es aquél en el cual la respuesta a la pregunta: **¿qué hay que hacer para que esto se logre?**, se encuentra en una función **que ya puede ser realizada por una persona**.

Es justo ahí donde se ha encontrado una función atribuible a una ocupación. Como la función define un logro laboral, se habrá identificado una competencia.

El análisis funcional concluye cuando se identifican aquellas funciones que corresponden a logros que son alcanzables por una persona. Las realizaciones profesionales (logradas por los trabajadores) corresponden al último nivel de desagregación y se considera que son la especificación última y precisa de la competencia laboral. El árbol (mapa funcional) que se obtiene en la representación gráfica tiene la apariencia que se muestra a continuación. Cabe aclarar que su ramificación no necesariamente debe ser simétrica; en algunas funciones puede desagregarse más que en otras, dependiendo de la función misma.

Para detectar una posible realización profesional es necesario que exista claramente la posibilidad de enlazar la expresión: *La persona debe ser capaz de* con el enunciado del elemento de competencia. Si este enlace no es ni técnica ni gramaticalmente posible, no se contará con el referente para el que se construirán los componentes normativos que sustenten la identificación de la competencia laboral, comprometiendo así la calidad del proceso y, consecuentemente, de la Norma de Competencia que se realizará.

El análisis funcional, y más concretamente el mapa funcional, puede ser desarrollado a diferentes niveles, es decir, puede hacerse un mapa funcional para la industria automovilística en un país, o para la fábrica nacional de automotores o para un área ocupacional determinada.

Esta variabilidad depende fundamentalmente de la escala en que se esté trabajando. De hecho, un país con un sistema nacional de formación y certificación de competencias, tendrá desarrollados mapas funcionales en el nivel de sector; en este caso, es fundamental la estandarización, la no repetición de funciones y el valor de la transferibilidad de las competencias entre diferentes sectores. Pero se dan casos en que se requiere aplicar la metodología a nivel de una organización laboral. Un hospital, por ejemplo, puede desarrollar un mapa funcional en el que queden ubicadas las diferentes unidades de competencia y realizaciones profesionales agrupables después, en áreas ocupacionales de la organización.

Por último, el mapa puede desarrollarse para una ocupación. Estos casos son menos frecuentes en la experiencia internacional, pero es claro que como herramienta de análisis, el mapa funcional presta un gran apoyo a la desagregación de las funciones que desarrolla una ocupación determinada iniciando el trabajo desde su propósito clave.

Redacción de una competencia

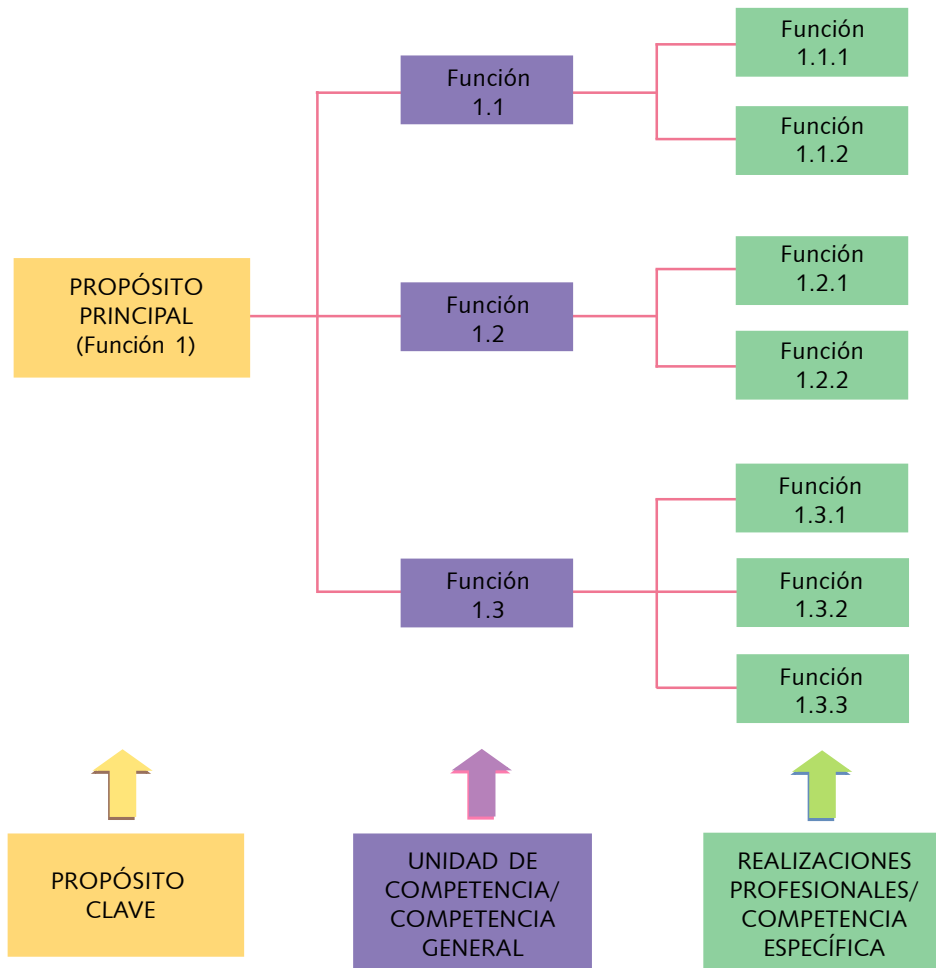
La redacción tanto de las unidades de competencia/competencias generales o realizaciones profesionales/competencias específicas, se explicita utilizando **el verbo en indicativo**, manteniendo la estructura antes mencionada:

VERBO + OBJETO + CONDICIÓN

La condición suele complementar a la acción y se refiere a alguna limitación o especificación, acerca de la supervisión recibida o la calidad de la función descrita.

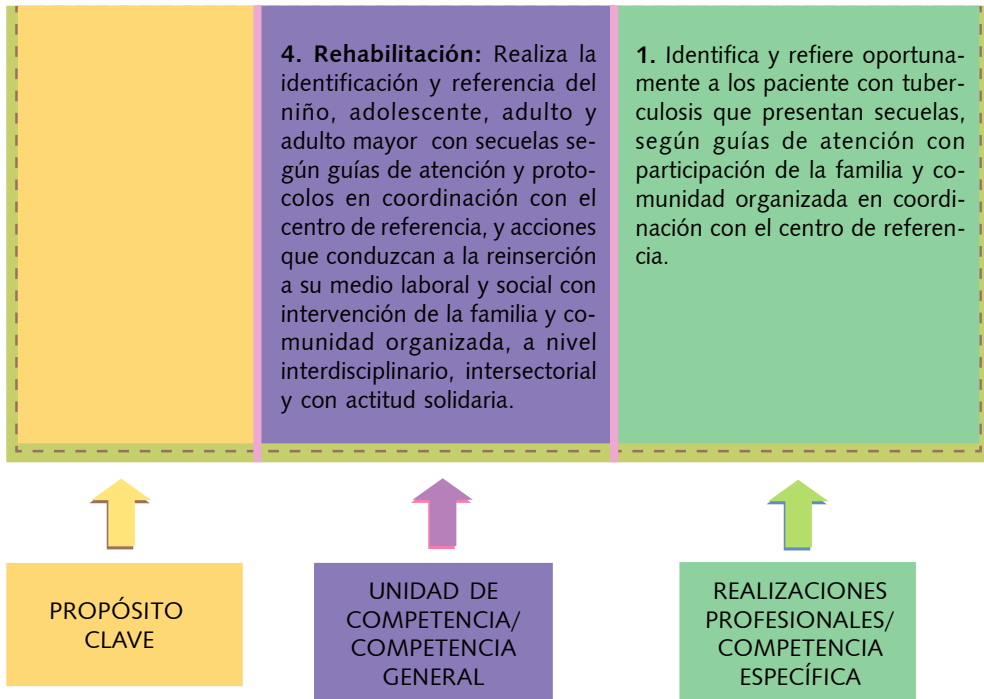
Ejemplo: brinda educación a nivel personal, familiar y comunidad, de acuerdo al paquete educativo, para promover conductas saludables, respetando sus patrones culturales y considerando el perfil socio epidemiológico, con responsabilidad, equidad de género, actitud proactiva e interculturalidad.

Esquema de un mapa funcional¹⁰²



EJEMPLO DE UN MAPA FUNCIONAL DE LA OCUPACIÓN MÉDICO

PROPÓSITO PRINCIPAL	UNIDAD DE COMPETENCIA/ COMPETENCIA GENERAL SUJETO DE ATENCIÓN INDIVIDUAL - FAMILIAR - COMUNITARIO	ELEMENTOS DE COMPETENCIA/ COMPETENCIA ESPECIFICA SALUD: INDIVIDUAL - COLECTIVA
<p>Brindar atención integral al niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, con calidad, eficiencia y efectividad para disminuir los riesgos, controlar los daños y promover estilos de vida saludable, respetando la naturaleza humana y cultural.</p>	<p>1. Promoción: Desarrolla acciones de promoción de la salud, del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, sobre riesgos identificados acorde a su nivel cultural, educacional, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, respetando su naturaleza humana, que conlleven a prácticas de vida saludable.</p>	<p>1. Brinda educación a nivel personal, familiar y comunidad de acuerdo al paquete educativo, para promover conductas saludables, respetando sus patrones culturales y considerando el perfil socioepidemiológico con responsabilidad, equidad de género, actitud proactiva e interculturalidad.</p>
	<p>2. Prevención: Realiza acciones preventivas de salud en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, identificando riesgos y amenazas principales oportunamente, en forma individual, familiar y comunitaria, respetando su persona y entorno, con enfoque interdisciplinario y humano, que fomente la participación comunal.</p>	<p>1. Identifica y examina al sintomático respiratorio y contactos en los consultantes y la población, interviniendo según guía de atención, con participación interdisciplinaria involucrando a la familia y la comunidad, enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos de los usuarios.</p>
	<p>3. Recuperación: Brinda atención integral estandarizada en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, según guías de atención o protocolos, con énfasis en daños priorizados, normas médico legales a nivel individual, con participación de la familia y comunidad, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, en forma oportuna y con calidad respetando sus naturaleza humana y cultural; para resolver problemas de salud según demanda.</p>	<p>1. Brinda atención estandarizada a los casos identificados según guías de atención, con el equipo interdisciplinario con enfoque de interculturalidad y respeto mutuo.</p>



Elaborado por:

ECOSALUD CONSULTORES EIRL; Equipo Consultor: Mg. Henry Rebaza Iparraguirre., Mg. Jany Aldave R.odríguez, Dr. Julio Alvarez Riega

Como se mencionó anteriormente, la elaboración del mapa funcional llega hasta el punto en que se identifican **las realizaciones profesionales o competencias específicas**. De ahí que en las metodologías de análisis funcional suele sugerirse que a este nivel ya puede redactarse la realización y anteponer a ella la frase «**el trabajador es capaz de**» que podrá leerse sin ningún sobresalto. La característica principal de una realización profesional o competencia específica es por lo tanto, que puede ser llevada a cabo por una persona.

En el mapa funcional se hace gráfica la interrelación entre el propósito principal, las unidades de competencia y las realizaciones profesionales; hasta ahí no se ha hecho una completa identificación de la competencia laboral. Sin embargo, para una descripción completa es necesario agregar informaciones sobre: ¿cómo saber si la realización profesional fue bien efectuada? (criterios de desempeño) o, ¿qué conocimientos se aplicaron para lograr el desempeño?, ¿en qué ámbito físico se realizó el desempeño?, ¿cómo evaluar si fue un desempeño competente?.

Estas informaciones se recogen en un formato para cada una de las realizaciones profesionales. Cuando este formato se comparte en su contenido por empleadores y trabajadores y si se utiliza como referente para los programas de formación, evaluación y certificación, se convierte en un estándar o norma de competencia.

7. LA ESTANDARIZACIÓN O NORMALIZACIÓN DE COMPETENCIAS¹⁰³

El objetivo de las metodologías presentadas, es lograr la mejor descripción posible de los desempeños laborales que las personas deben ser capaces de obtener. Pero estos desempeños deben ser especificados claramente para que sirvan como referentes a la formación, evaluación y certificación. Estas especificaciones se suelen consignar en formatos que incluyen informaciones sobre los criterios para juzgar la calidad del desempeño, las evidencias de desempeño, las evidencias de conocimiento y el campo o ámbito de aplicación. Este conjunto es el que conforma un estándar de competencia laboral.

Concepto de normalización

Una norma de competencia es la especificación de una capacidad laboral que incluye por lo menos:

- La descripción del logro laboral.
- Los criterios para juzgar la calidad de dicho logro.
- Las evidencias de que el desempeño se logró.
- Los conocimientos aplicados.
- El ámbito en el cual se llevó a cabo.

La especificación señalada es asumida por un determinado colectivo que incluye a trabajadores, empleadores, instituciones educativas y, en el caso de los sistemas nacionales normalizados, el sector gobierno.

Leemos en Cinterfor¹⁰⁴: «La norma define un desempeño competente contra el cual es factible comparar el desempeño observado de un trabajador. Es una clara referencia para juzgar la competencia o no de la competencia laboral.

En este sentido la norma de competencia está en la base de varios procesos dentro del ciclo de vida de los recursos humanos: el de selección, el de formación, el de evaluación y el de certificación.» Cinterfor/OIT (1999). En el caso del sistema normalizado de certificación de México, una norma indica lo que la persona debe ser capaz de hacer, la forma en que puede juzgarse si lo que hizo está bien hecho, las condiciones en que debe demostrar la competencia y las evidencias que demostrarán las competencias. Conocer (1998).

El sentido de la normalización es reconocer la aplicabilidad de una determinada competencia para una generalidad de casos, en diversos ambientes laborales. Normalizar no es homogeneizar ni uniformar, es identificar algunos elementos comunes característicos y tratar como común lo común y como diferente lo diferente. Huelga comentar las ventajas que tiene la normalización, y no sólo en este campo.

La competencia, Mertens (1996)¹⁰⁵ incluye *varios tipos de estándares reproducibles en varios contextos* (puestos de trabajo, empresas). En un resumen del mismo autor podemos decir que el estándar «constituye el elemento de referencia y de comparación para evaluar lo que el trabajador es capaz de hacer. La norma es una respuesta a la pregunta sobre ¿cuánto es suficientemente bueno?; y como respuesta incluye varios elementos: a. Criterios de desempeño: márgenes de ganancia, velocidad de producción, errores, desperdicios y otros; b. Definición de tiempo (frecuentes en educación); c. Definiciones mínimas y objetivos: para niveles de entrada y para obtener cierto nivel o tipo de reconocimiento». Mertens (op. cit.).

La norma de competencia puede devenir, con relación al mercado de trabajo externo -dice Mertens- en un sistema de «información dinámica de lo que los procesos productivos demandan» a los trabajadores, «convirtiéndose así en elementos orientadores para el sistema educativo» y que señala lo que el individuo sabe hacer. Un sistema así «mejoraría la ocupabilidad de las personas, siempre y cuando las normas» sean transferibles entre empresas y se actualicen periódicamente.

En la siguiente gráfica se muestra la forma más conocida de una norma de competencia, en el modelo inglés y mexicano.

CONTENIDO CLÁSICO DE UNA NORMA DE COMPETENCIA¹⁰⁶

<p>Unidad de competencia: la función productiva definida a ese nivel en el mapa funcional, conformada por el conjunto de realizaciones profesionales (obtenida del mapa funcional).</p>	
<p>Realización Profesional: La descripción de un resultado laboral que un trabajador es capaz de lograr (obtenida del mapa funcional)</p>	
<p>Criterios de desempeño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica los aspectos esenciales del desempeño. ✓ Expresa un resultado crítico mediante una declaración evaluativa. ✓ Es la base para el diseño de sistemas y materiales de evaluación. 	<p>Evidencias requeridas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Constituyen las evidencias requeridas para demostrar que los criterios de desempeño han sido completamente cubiertos, para el campo de aplicación.
<p>- Un <i>resultado</i> y un <i>enunciado</i> evaluativo que demuestra el desempeño del trabajador y por tanto su competencia.</p>	<p>Desempeño directo:</p> <p>- Situaciones contra las cuales se demuestra el resultado del trabajo.</p>
	<p>Evidencias de producto:</p> <p>- Resultados tangibles derivados del desempeño.</p>
<p>Campo de aplicación:</p> <p>Incluye las diferentes circunstancias en el lugar de trabajo, materiales y ambiente organizacional en el marco del cual se desarrolla la competencia.</p>	<p>Evidencias de conocimiento y comportamientos socioafectivos:</p> <p>- Especifica el conocimiento que permite a los trabajadores lograr un desempeño competente. Incluye conocimientos sobre principios, valores, métodos o teorías aplicadas para lograr la realización descrita en el elemento.</p>
<p>Guía para la evaluación:</p> <p>Establece los métodos de evaluación y las mejores formas de recolección de las evidencias para la evaluación de la competencia.</p>	

Utilidad de las normas de competencia¹⁰⁷

La especificación de las unidades de competencia en sus realizaciones profesionales realmente se convierte en norma cuando es aceptada formalmente por los diferentes actores. Es una norma o estándar porque se convierte en una moneda de curso común, entre los empleadores, los trabajadores y las instituciones educativas. Ello le da su valor de transferencia ya que una norma reconocida en un sector determinado puede ser fácilmente identificada por cualquiera: por el empresario para reclutar el personal, por el trabajador

para escoger sus acciones de capacitación que le permitan alcanzar el desempeño estandarizado y por las instituciones formativas que tendrán mucho más clara las necesidades de formación a las que atender, contenidas en la misma norma.

La norma de competencia es la base del proceso de evaluación o diagnóstico de competencias ya que permite contrastar el desempeño observado y las evidencias recogidas contra las realizaciones profesionales, criterios de desempeño y evidencias necesarias para acreditar la competencia.

La norma de competencia es la base del proceso de diseño de los programas de formación porque permite establecer cuáles son los objetivos hacia los que debe dirigirse el aprendizaje, cuáles los contenidos de conocimientos a impartir, cuáles las prácticas necesarias y cuáles los conocimientos que se precisan.

La norma de competencia también puede ser utilizada como eje en los procesos de selección y capacitación del personal. En el primer caso, es el patrón para contrastar las competencias exhibidas por un candidato frente a la que requiere determinada ocupación. En el segundo caso, la norma de competencia puede evidenciar las necesidades de capacitación del trabajador y permitir un mejor diseño de los programas de desarrollo de carrera en las organizaciones laborales.

Elaboración del contenido de la norma de competencia

Una vez especificadas las unidades de competencia y las realizaciones profesionales, estas últimas se desagregan en los criterios de desempeño, evidencias de desempeño, evidencias de conocimiento y campo de aplicación. La redacción de los criterios de desempeño incluye las especificaciones de la calidad que debe tener el desempeño descrito en la realización profesional. Para ello se sigue una regla distinta a la empleada hasta ahora. En este caso se redacta primero un enunciado, finalizando con un criterio evaluativo.

Al nivel de las realizaciones profesionales se establecen los:

- ◆ *Criterios de desempeño* que corresponden a la calidad que debe tener el resultado. La lectura de algunos ejemplos puede servir para formarse una idea de cómo estos criterios se refieren a los requisitos que debe cumplir el desempeño para poder evaluar que el elemento de competencia ha sido logrado.

Además de definir claramente los «criterios de desempeño», es necesario complementar la descripción del estándar de competencia definiendo para cada realización profesional los siguientes conceptos característicos del desempeño e inherentes a la respectiva realización:

- ◆ *El campo de aplicación* de la realización, que describe el ambiente, el equipamiento, las relaciones personales y demás aspectos en los cuales se desarrolla el desempeño. Tiene como propósito establecer las diferentes circunstancias con las que una persona se enfrentará en el sitio de trabajo y son, en consecuencia, en las que se pondrá a prueba el dominio de la competencia de la persona.

- ◆ Las *evidencias de desempeño* de las competencias específicas constituyen una prueba o demostración; por tanto, permiten inferir si el desempeño al que se refiere la realización profesional ha sido logrado o no. Estas evidencias pueden ser directas o indirectas. Las primeras hacen alusión a la verificación del desarrollo mismo del trabajo mediante la observación durante su ejecución. Las evidencias por producto son pruebas concretas resultantes del desempeño, justamente los productos obtenidos del mismo.
- ◆ Las *evidencias de conocimiento*, que corresponden a los conocimientos y comprensión que se deben demostrar para así establecer que el trabajador posee las bases necesarias para un desempeño exitoso. Muchas veces la demostración de que se tiene el conocimiento está en el desempeño mismo, lo cual se puede verificar con preguntas del tipo ¿qué pasaría si.....? suponiendo cambios en la ejecución, conducentes a verificar si los conocimientos y la comprensión permiten al trabajador tomar decisiones de ajuste a los imprevistos. Las evidencias de conocimiento y de desempeño se complementan entre sí para permitir la formación de un juicio acertado sobre la competencia de la persona.
- ◆ La *guía para la evaluación* se puede incluir en la norma de competencia en la forma de breves indicaciones que faciliten después a la evaluadora o evaluador, la labor de recolección de las evidencias. Como se verá en la unidad dedicada al tema evaluación, ésta consiste fundamentalmente en la recolección de evidencias sobre el desempeño descrito en la norma.

La *calidad de la norma* es un aspecto fundamental para garantizar la representatividad, confiabilidad y validez de la misma como base para la evaluación, formación y certificación. Normalmente la calidad de la norma se asegura mediante un proceso de validación a cargo de empleadores y trabajadores. Es común seleccionar un grupo diferente a aquél que participó originalmente en su elaboración y pedirle, en base a una breve «lista de chequeo» que analice el contenido y verifique la claridad, pertinencia y aplicabilidad de la norma.

8. LOS CATÁLOGOS DE COMPETENCIAS¹⁰⁸

Se usará esta denominación para referirse a las listas de competencias elaboradas y requeridas para el desempeño en un área ocupacional específica.

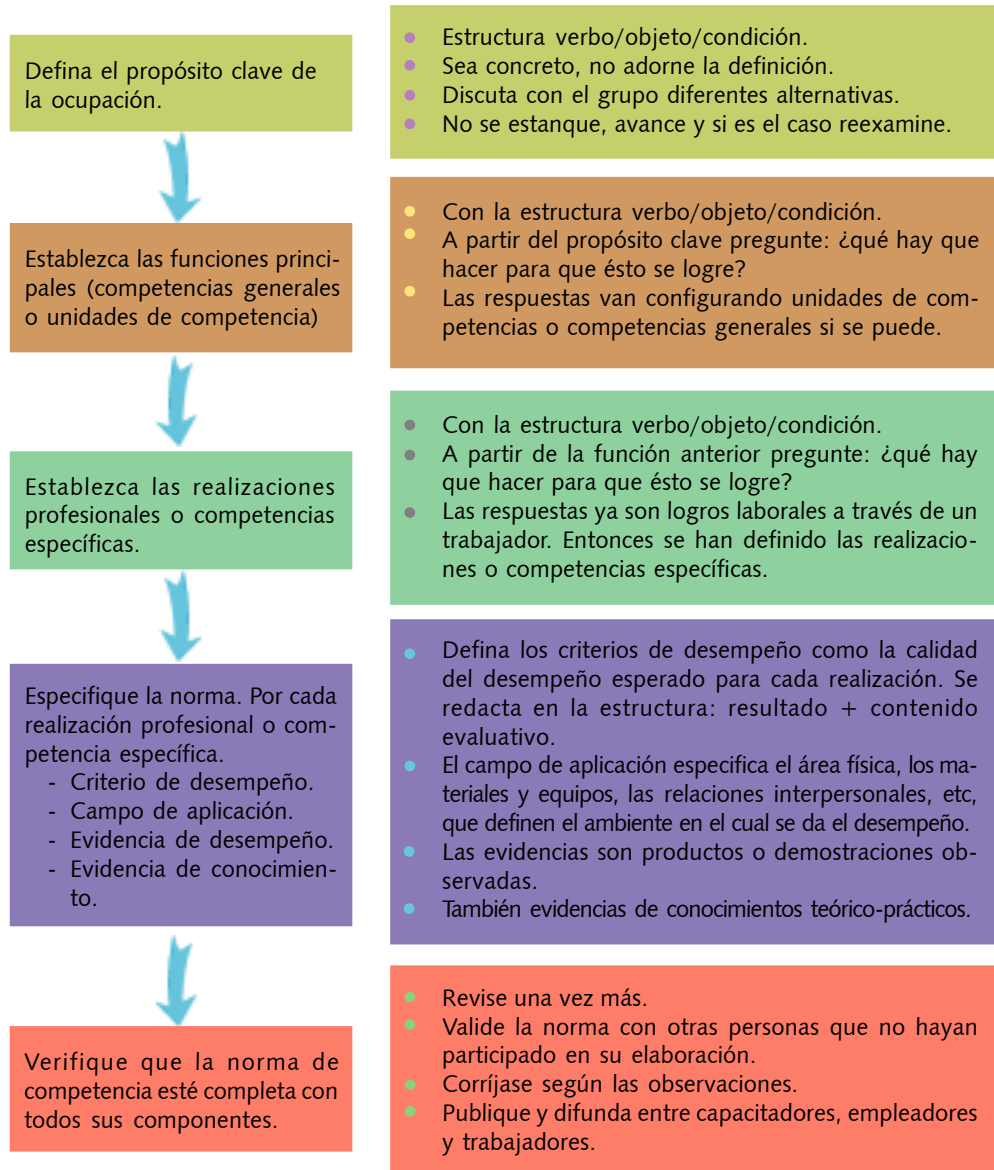
Las competencias definidas en los diccionarios constituyen «el modelo de competencias» para determinada ocupación u organización laboral.

El catálogo de competencias es un enunciado de diferentes competencias generales y específicas que se estima se requieren para asegurar un desempeño superior en el nivel de una empresa o en una ocupación determinada.

9. ESTABLECIENDO LAS NORMAS DE COMPETENCIA, UNA GUÍA PARA LA APLICACIÓN PRÁCTICA

A modo de resumen, en el siguiente gráfico se presenta la secuencia desde la identificación de competencias hasta la elaboración de la norma.

UNA VISIÓN GRÁFICA PARA GUIAR EL DESARROLLO DE NORMAS DE COMPETENCIA¹⁰⁹



Al respecto, le invitamos a recordar lo siguiente:

- ◆ *Hablar de competencias significa hablar de capacidades movilizadas para lograr un desempeño laboral; de ahí que en la identificación deban considerarse competencias como la solución de problemas, la comunicación efectiva, el análisis de información, la toma de decisiones y todas aquellas que hacen que la trabajadora o trabajador sea capaz de resolver situaciones emergentes en sus actividades y movilizar sus competencias para lograr los objetivos de su ocupación.*
- ◆ *La identificación de competencias puede hacerse por varios métodos. Desde el DACUM, pasando por los catálogos de competencias, hasta el análisis funcional y el análisis constructivista. El AMOD y el SCID, además de identificar las competencias, apoyan la elaboración del currículo de formación.*
- ◆ *El análisis funcional tiene una visión sistémica del trabajo, lo analiza desde el propósito principal y descompone las principales funciones necesarias para lograr dicho propósito.*
- ◆ *La norma de competencia especifica lo que el trabajador debe lograr (unidades de competencia y realizaciones profesionales), la calidad con que lo logra (criterios de desempeño) y la forma de evaluar si lo logró bien (evidencias de desempeño).*
- ◆ *La norma es una referencia acordada por todos los interesados; en ese sentido, es una descripción normalizada de la competencia laboral. Se utiliza como referencia para la formación, evaluación y certificación de competencias.*

Capítulo III

MARCO INSTRUMENTAL- METODOLÓGICO

1. PAUTAS PARA LA ELABORACIÓN DE PERFILES OCUPACIONALES POR COMPETENCIAS

Es indudable que, en la hora actual de innovaciones y cambios, el Ministerio de Salud necesita renovar el quehacer de salud dentro del esfuerzo del mejoramiento continuo de la calidad y consolidar de esta manera el modelo sanitario, a partir de la identificación de perfiles ocupacionales por competencias en el I Nivel de Atención. En tal sentido, el presente documento señala las pautas de los procedimientos para la Formulación de Perfiles Ocupacionales por Competencias en el I Nivel de Atención; así como la identificación de quiénes deben participar en la elaboración de las competencias.

Los objetivos del presente documento son:

- Orientar a los equipos que conducen la gestión de los recursos humanos para la Formulación de los Perfiles Ocupacionales para el I Nivel de Atención.
- Seleccionar a los participantes de acuerdo a criterios técnicos para la elaboración de perfiles ocupacionales.

2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS PARA EL PROCESO DE FORMULACIÓN DE PERFILES OCUPACIONALES POR COMPETENCIAS

I MOMENTO:

ANÁLISIS DE LA REALIDAD SANITARIA Y ELABORACIÓN DE LOS PERFILES OCUPACIONALES POR COMPETENCIAS

Este momento está constituido por la fase presencial y la no presencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contar con información relevante, entorno a la realidad sanitaria relacionada a competencias laborales.
- Diseñar los perfiles laborales por competencias generales y específicas del equipo de salud en el I Nivel de Atención.

INFORMACIÓN RELEVANTE:

- Categorización de establecimientos de salud del I Nivel de Salud en cada red de servicio.
- Capacidad resolutoria de los establecimientos de salud del I Nivel de Salud en cada red de servicio.
- Perfil epidemiológico según ciclo de vida.
- Plan operativo institucional.
- Factores facilitadores y restrictores para resolver los problemas de salud.
- Experiencias de elaboración de perfiles por competencias en el sector salud y educación.

FASE PRESENCIAL

La fase presencial permite trabajar con los actores locales en el análisis de la realidad sanitaria y elaboración de los perfiles ocupacionales por competencias, para ello se emplean procesos metodológicos en los siguientes niveles a través de:

Técnicas educativas

◆ **Entrevistas**

A nivel de DISA: Director Ejecutivo de Salud de las Personas, Director de Servicios de Salud y Director de Recursos Humanos.

A nivel de RED: Equipo Técnico de la Red

A nivel de Micro Red: Sub Gerente y Equipo Técnico.

Se entrevista al equipo técnico y actores claves que conducen los procesos sanitarios a nivel regional, red y micro red, buscando información acerca de los avances y desarrollo de la gestión sanitaria; así como el desarrollo de los recursos humanos, experiencias previas en la obtención de resultados sanitarios.

◆ **Seminario taller**

Se trabaja durante tres días con grupos multidisciplinarios, cuyos integrantes son un número promedio de 50 personas.

Criterios de selección para los participantes al taller:

1. Equipo de gestión de la DISA, Red, Micro Red.
2. Equipos operativos del MINSA, ESSALUD y Fuerzas de Armadas - Policiales de los establecimientos de salud del I Nivel de Atención:
 - Demostrar capacidad de liderazgo.
 - Desempeño laboral óptimo.
3. Representante político de entidades formadoras y colegios profesionales.

Ministerio de Salud:

- Equipo de gestión del nivel regional de:
 - Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas.
 - Dirección de Servicios de Salud.
 - Dirección de Gestión de Recursos Humanos.
 - Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud.

- Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental.
- Dirección Ejecutiva de Medicamentos, Insumos y Drogas.
- Dirección de Epidemiología.
- Equipo de gestión de red y micro red:
 - Gerente de red y micro red.
 - Jefe de recursos humanos de red
- Equipos operativos de establecimientos de salud del primer nivel de atención:
 - Médicos.
 - Enfermeras
 - Obstetrices
 - Odontólogos.
 - Microbiólogos.
 - Químico Farmacéutico.
 - Técnico en Enfermería
 - Técnico en Laboratorio.
 - Técnico Estadístico.
 - Técnico Administrativo.
 - Trabajador de servicio.

EsSALUD

- Médico.
- Enfermeras.
- Obstetrices.
- Técnico en Enfermería

Fuerzas Armadas y Policiales

- Médico.
- Enfermeras.
- Técnico en Enfermería.

Entidades formadoras

- Universidades
 - Decanos de Medicina
 - Decano de Enfermería
 - Decano de Obstetrices
- Institutos Tecnológicos(*).
 - Coordinador de Enfermería.
 - Coordinador de Laboratorio Clínico.

Colegios profesionales (*)

- Médicos.
- Enfermeras.
- Obstetrices.

(*) Depende de la realidad de cada región.

La elaboración de Formulación de Perfiles Ocupacionales por Competencias para el I Nivel de Atención, se inicia con el análisis de la situación de salud, modelo sanitario, en el marco de la descentralización de los servicios de salud; para ello se plantean tres jornadas diarias sucesivas con productos finales, culminando con el diseño y la formulación del documento base.

Para realizar este taller debe contarse con el apoyo de expertos facilitadores, cuya competencia y experiencia estará enfocada en salud pública, gestión de servicios de salud y gestión de recursos humanos y/o tecnología educativa.

◆ **Facilitador en gestión de servicios de salud:**

- Experiencia: 05 años.
- Maestría en Salud Pública o Gestión de Servicios de Salud.
- Diplomados en Salud Pública o Gestión de Servicios de Salud.
- Especialista en Organización de Servicios, Epidemiología.
- Docente universitario.

◆ **Facilitador metodólogo:**

- Experiencia en gestión de recursos humanos: 05 años
- Especialista en educación o con diploma en tecnología educativa.
- Docente universitario y experiencia en conducción de equipos de recursos humanos.

Por cada región debe existir de 1 a 2 metodólogos en cada red de servicios; además de 02 facilitadores en gestión de servicios de salud.

Requisito Importante para facilitadores: estar capacitados en la metodología para la formulación de competencias.

Primer día

Cinco sesiones

En las cuatro primeras sesiones se utiliza la metodología de exposición diálogo, con una duración de 40 minutos cada sesión.

- ✓ ***Primera sesión de trabajo:*** trata la necesidad de vincular el mundo del trabajo, las necesidades sociales de la población con el mundo de la universidad.
- ✓ ***Segunda sesión de trabajo:*** Prioriza el análisis de la situación de la salud de cada DISA seleccionada y la categorización de los establecimientos del primer nivel de atención.
- ✓ ***Tercera sesión de trabajo:*** El modelo de atención integral.
- ✓ ***Cuarta sesión de trabajo:*** descentralización de los servicios de salud. Sistema coordinado y descentralizado.
- ✓ ***Quinta sesión de trabajo:*** factores facilitadores y restrictores para la resolución de los problemas de salud.

- *Metodología:* trabajo de grupo y plenaria.
- *Duración:* 60 minutos
- *Constitución de grupos:* 7 grupos, teniendo en cuenta el tipo de institución y los niveles gerenciales y técnicos, según se indica:

- I grupo: MINSA DISA.
- II - III grupo: Personal Asistencial Puestos y Centros de Salud
- IV grupo: Academia, Universidades, Institutos.
- V grupo: Colegios Profesionales.
- VI grupo: Gerente de red, sub gerente de red, jefes de recursos humanos, gerentes de micro red, jefes de establecimientos.
- VII grupo: Otros efectores de salud, EsSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales.

Segundo día Siete sesiones

Se presenta el análisis y priorización de los problemas sanitarios, el modelo sanitario, experiencias de la región en torno a competencias a nivel asistencial, docente y profesional.

El equipo facilitador del proceso, presenta la propuesta de la formulación de perfiles ocupacionales por competencias generales para el equipo de gestión y el equipo técnico del primer nivel de atención; el producto final es el perfil de competencias generales del equipo de gestión y operativo del primer nivel de atención.

✓ **Primera sesión de trabajo:** priorización de problemas sanitarios.

- *Metodología:* trabajo de grupo y plenaria.
- *Duración:* 90 minutos.
- *Constitución de grupos:* 7 grupos, teniendo en cuenta el eje prestacional y gerencial, así como el tipo de institución y los niveles gerenciales y técnicos, según se indica:

- I grupo: NIÑO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, técnico en enfermería, odontólogo, microbiólogo/técnico en laboratorio.
- II grupo: ADOLESCENTE.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, obstetrix, técnico en enfermería.
- III grupo: ADULTO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo), integrado por médico, enfermera, obstetrix, técnico en enfermería, químico farmacéutico, microbiólogo/técnico en laboratorio.
- IV grupo: ADULTO MAYOR.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrados por médico, enfermera, técnico en enfermería, químico farmacéutico, odontólogos.
- V grupo: GESTIÓN: gestión de recursos, uso de la información, estandarización de procesos, situaciones de contingencia. Nivel Gerencial DISA; integrado por médico, gerente de red, micro red, establecimiento de salud, técnico en estadístico, técnico administrativo.
- VI grupo: GESTIÓN: gestión de recursos, estandarización de procesos. Personal de servicios generales.

VII grupo: GESTIÓN: educación permanente en salud y relación proveedor - usuario. Academia y universidades.

- ✓ **Segunda sesión de trabajo:** experiencia de trabajo sobre como elaborar competencias profesionales y ocupacionales en salud a nivel profesional y docente.
 - *Metodología:* mesa redonda.
 - *Duración:* 60 minutos.
 - *Participantes:* entidades formadoras, colegios profesionales y sector salud.
- ✓ **Tercera sesión de trabajo:** articulación del perfil epidemiológico, paquete de atención y competencias laborales.
 - *Metodología:* exposición diálogo.
 - *Duración:* 30 minutos.
- ✓ **Cuarta Sesión de trabajo:** modelo sanitario, articulación del perfil epidemiológico, paquete de atención y competencias laborales.
 - *Metodología:* exposición diálogo.
 - *Duración:* 90 minutos.
 - *Constitución de grupos:* igual que la primera sesión del segundo día.
- ✓ **Quinta sesión de trabajo:** marco conceptual, metodológico e instrumental entorno al perfil ocupacional por competencias.
 - *Metodología:* exposición diálogo.
 - *Duración:* 40 minutos.
- ✓ **Sexta sesión de trabajo:** construcción de perfiles ocupacionales por competencias generales para el equipo de gestión y prestacional para el primer nivel de atención. **Propósito general y características generales de la ocupación.**
 - *Metodología:* trabajo de grupo y plenaria.
 - *Duración:* 60 minutos.
 - *Constitución de grupos:* De acuerdo a cada grupo ocupacional.
- ✓ **Séptima sesión de trabajo:** construcción de perfiles ocupacionales por competencias generales para el equipo de gestión y prestacional del primer nivel de atención. **Análisis funcional: competencias generales (unidades de competencia).**
 - *Metodología:* trabajo de grupo y plenaria.
 - *Duración:* 120 minutos.
 - *Constitución de grupos:* de acuerdo a cada grupo ocupacional.

Tercer día

Dos sesiones

Construcción de las principales competencias específicas por grupo ocupacional de acuerdo a las prioridades sanitarias de la región, identificadas en la primera sesión de trabajo del segundo día, utilizando el análisis funcional.

El equipo facilitador del proceso, realiza el monitoreo permanente del trabajo de grupo y plenaria de los equipos constituidos de acuerdo a la propuesta de la formulación de perfiles ocupacionales por competencias generales para el equipo de gestión y el equipo técnico

del primer nivel de atención; teniendo como producto final el perfil de competencias generales del equipo de gestión y prestacional del primer nivel de atención.

- ✓ **Primera sesión de trabajo:** construcción de perfiles ocupacionales por competencias específicas para el equipo de gestión y prestacional del primer nivel de atención. Mediante análisis funcional para identificar competencias específicas (realizaciones profesionales o elementos de competencias).
 - *Metodología:* trabajo de grupo y plenaria.
 - *Duración:* 240 minutos.
 - *Constitución de grupos:* de acuerdo a cada grupo ocupacional.

- ✓ **Segunda sesión de trabajo:** acuerdos y compromisos asumidos para la fase no presencial a desarrollarse en cada región, conduciendo el proceso el Director Ejecutivo de Gestión de Recursos Humanos con los facilitadores seleccionados en ese nivel.
 - *Metodología:* plenaria.
 - *Duración:* 60 minutos.

FASE NO PRESENCIAL

Se desarrollará en aproximadamente dos meses; ejecutada por los equipos asistenciales de cada red y micro red y los participantes que asistieron al primer taller.

Para la Formulación de los Perfiles Ocupacionales por Competencias en el I Nivel de Atención, es necesario contar con facilitadores locales en cada red, quienes realizan la tutoría permanente y el nivel de coordinación correspondiente con la DISA.

Se sugiere que se realicen talleres locales para la construcción de los perfiles ocupacionales, buscando la participación activa de todos los actores que participaron en el primer taller, donde el facilitador tiene la función clave del proceso, solucionar los problemas presentados en la metodología.

Para la organización y ejecución de estos eventos es relevante el aporte de las entidades formadoras, colegios profesionales u otros efectores de la salud para contar con infraestructura, equipos y material didáctico adecuados.

Paralelamente a esta actividad, el equipo responsable de la construcción de perfiles ocupacionales de la DISA en coordinación con los gerentes de red y micro red, preparan los escenarios, identificando los establecimientos modelos que brindan atención integral con calidad.

Es importante tener en cuenta lo anteriormente mencionado, porque la validación de los instrumentos de la norma de competencia específica, se lleva a cabo con los trabajadores de dichos establecimientos de salud.

II MOMENTO:

CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE LA NORMA DE COMPETENCIA DE LOS PERFILES OCUPACIONALES EN CAMPO

OBJETIVOS:

- Precisar el marco conceptual, metodológico e instrumental de la norma de competencia específica, de acuerdo a las prioridades sanitarias locales, según grupo ocupacional.
- Clarificar y definir la tarea.
- Validar el instrumento de la norma de competencia específica para los equipos de gestión y prestación en la práctica de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

FASE PRESENCIAL

Técnicas educativas:

◆ *Seminario taller*

Se trabaja durante dos días con grupos multidisciplinarios, que participaron en el primer momento del taller.

Su diseño está enfocado en la revisión final de las competencias específicas de cada grupo ocupacional, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias locales, así como para definir el marco conceptual, metodológico e instrumental de la norma de competencia específica por cada grupo ocupacional en los ejes de atención integral de gestión y prestación del primer nivel de atención, con productos finales de la reunión.

Se cuenta con el apoyo de facilitadores, para conducir la actividad en general y los instrumentos respectivos.

Primer día

Cuatro sesiones

- ✓ **Primera sesión de trabajo:** sistematización y evaluación de avances del Primer Momento.
 - *Metodología:* exposición diálogo
 - *Duración:* 40 minutos
- ✓ **Segunda sesión de trabajo:** presentación de las competencias específicas de acuerdo a prioridades sanitarias locales, según grupo ocupacional.
 - *Metodología:* plenaria.
 - *Duración:* 120 minutos.

- ✓ **Tercera sesión de trabajo:** marco conceptual, metodológico e instrumental de la norma de competencia
 - *Metodología:* exposición debate.
 - *Duración:* 40 minutos.
- ✓ **Cuarta sesión de trabajo:** elaboración de la norma de competencia específica de acuerdo a prioridades sanitarias según grupo ocupacional.
 - *Metodología:* trabajo de grupo.
 - *Duración:* 180 minutos.
 - *Constitución de grupos:* de acuerdo a cada grupo ocupacional.

Segundo día

Seis sesiones

- ✓ **Primera sesión de trabajo:** continuación de la elaboración de la norma de competencia específica de acuerdo a prioridades sanitarias, según grupo ocupacional; contando con la presencia permanente del facilitador.
 - *Metodología:* trabajo en grupo.
 - *Duración:* 8 horas.

TRABAJO DE CAMPO

El proceso de validación del instrumento de la norma de competencia específica según prioridades, se realiza en los establecimientos de salud previamente seleccionados en la fase no presencial, por cada DISA. Duración de un día.

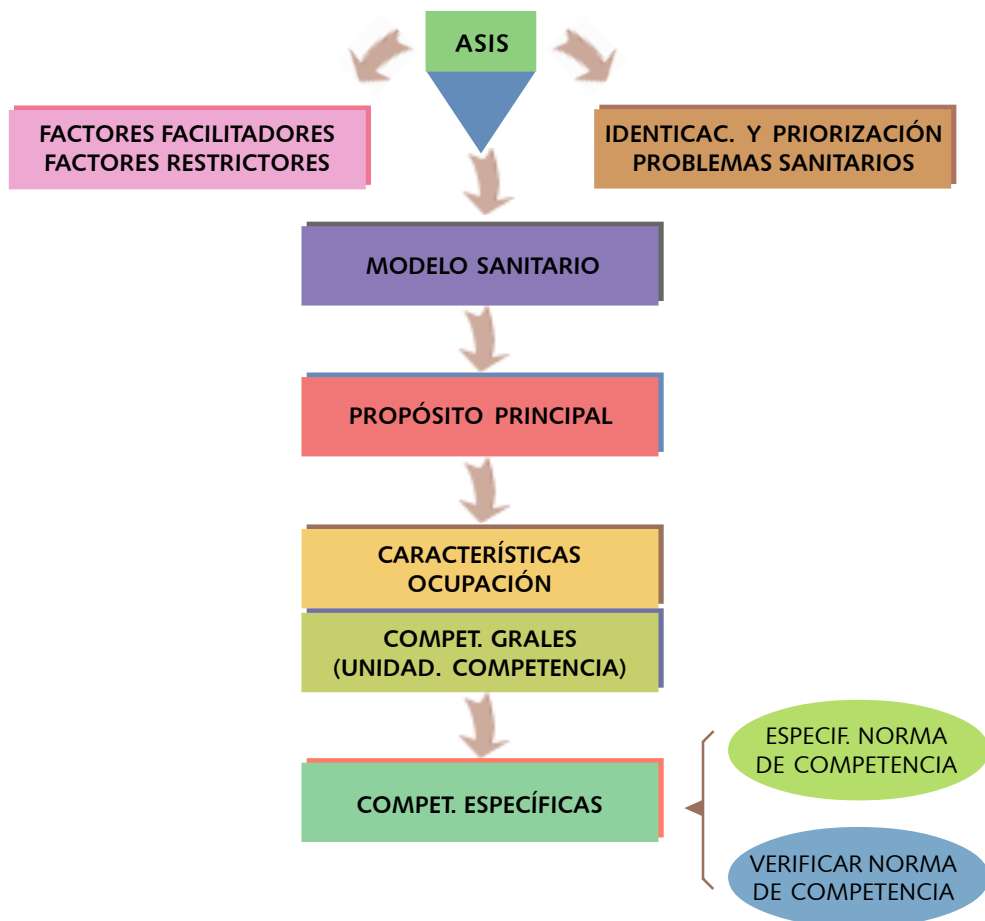
Se ejecuta en dos o tres establecimientos, estando a cargo de la Dirección de Gestión de Recursos Humanos, Equipo Técnico de la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas, Gerentes de Red y Equipo Facilitador.

La validación de la norma se realiza con los trabajadores de los establecimientos de salud seleccionados, que no hayan participado en su elaboración.

Al finalizar la validación, el equipo facilitador realizará los ajustes necesarios para que la norma tenga representatividad, confiabilidad y validez.

Seguidamente se publica y difunde entre capacitadores, empleadores y trabajadores.

VISIÓN GRÁFICA PARA LA ELABORACIÓN DE FORMULACIÓN DE PERFILES OCUPACIONALES POR COMPETENCIAS PARA EL I NIVEL DE ATENCIÓN





Guía I

FACTORES FACILITADORES Y RESTRICTORES.

Luego de haber identificado el análisis de la situación de salud, el segundo paso a seguir es la identificación de factores facilitadores y restrictores que permiten analizar el entorno de acción de los componentes: Modelo de Atención Integral, Descentralización, Gestión de los Recursos Humanos, Categorización de los Establecimientos, Sistema de Referencia y Contra-referencia, describiendo las oportunidades, riesgos, fortalezas/debilidades; para que los equipos de salud generen alternativas que contribuyan a resolver los problemas sanitarios.

1. OBJETIVO

Que los participantes sean capaces de identificar las oportunidades, riesgos, fortalezas y debilidades, en la prestación de servicios según ciclo de vida y en la parte gerencial o administrativa.

2. ACTIVIDADES

2.1. Se conformará 7 grupos de participantes, según instituciones del sector y en el caso del MINSA de acuerdo al nivel de atención, teniendo en cuenta el tipo de institución y los niveles gerenciales y técnicos, según se indica:

I grupo: MINSA DISA.

II - III grupo: Personal asistencial, puestos y centros de salud.

IV grupo: Academia, universidades, institutos.

V grupo: Colegios profesionales.

VI grupo: Gerente de red, sub gerente de red, jefes de recursos humanos, gerentes de micro red, jefes de establecimientos.

VII grupo: Otros efectores de salud, ESSALUD, fuerzas armadas y policiales.

2.2. Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.

2.3. El coordinador leerá las definiciones operacionales respecto a las guías de trabajo para su mejor desarrollo.

2.4. El grupo identificará limitaciones y/o problemas que no permitan desarrollar los ejes propuestos.

2.5. El grupo determinará facilitadores que permitan desarrollar ejes propuestos.

2.6. Para la presentación se hará uso del proyector multimedia y se proporcionará el equipo informativo necesario.

2.7. El tiempo estimado para el desarrollo del trabajo es de 60 minutos.

2.8. La discusión se leerá en plenaria en 7 minutos.

DEFINICIONES OPERACIONALES¹¹⁰

◆ **MODELO DE ATENCIÓN**

Es la manera como se organizan los recursos, los procesos y se plantean las estrategias en función de determinadas metas. Tiene que ver con la manera de hacer las cosas y con las decisiones que se toman para lograrlas.

Incluye además una filosofía, una concepción del trabajo, una forma de hacer las cosas y una orientación para el cumplimiento de sus fines.

◆ **DESCENTRALIZACIÓN**

Es el proceso político que tiene la finalidad de otorgar poder hacia los niveles más periféricos; en este rediseño del poder se busca que los niveles locales tomen decisiones sobre recursos suficientes en el lugar donde ocurren y en el momento donde suceden las cosas.

◆ **GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS**

La gestión de los recursos humanos es una función esencial de la administración de los servicios de salud, cuya finalidad es lograr que la organización de salud cumpla con sus objetivos y metas de manera eficiente y con calidad, considerando al personal de salud y sus relaciones en la organización, como eje fundamental de enlace con los usuarios del sistema de salud, en su interacción cotidiana, estratégica, histórica y social.

La función de recursos humanos debería contener:

Planeación (diseño de cargos, determinación de perfiles ocupacionales, descripción y análisis de cargos, volumen y estructura del recurso humano requerido); **provisión** (reclutamiento de personal, selección de personal, nombramiento o contratación de personal); **aplicación** (inducción, evaluación de desempeño, carreras); **mantenimiento de personal** (remuneración y compensación, beneficios y servicios sociales, higiene y seguridad en el trabajo, relacionales laborales); **desarrollo de recursos humanos** (capacitación, formación, desarrollo organizacional); **control de personal** (supervisión, monitoreo y evaluación, sistemas de información).

◆ **CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Es el proceso mediante el cual se establecen un conjunto de criterios de acuerdo a la capacidad resolutoria, al nivel de atención y a las funciones que realizan las instituciones de salud y que determinan un tipo característico de respuesta.

◆ **SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA**

Es el proceso organizado que interrelaciona los componentes de los diferentes niveles de atención; tiene que ver con la puerta de entrada al sistema, así como el conjunto de pasos que un demandante de la atención cumple para resolver su problema de salud.

El sistema de referencia está direccionado por el elemento prestador del sistema de salud e incluye en él, la participación de los elementos locales de la comunidad y los niveles más superiores de la atención.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS		
Nº	INSTITUCIÓN	PARTICIPANTES
I GRUPO	MINSA	NIVEL GERENCIAL DISA
II GRUPO	MINSA	PERSONAL ASISTENCIAL, PUESTOS Y CENTROS DE SALUD
III GRUPO	MINSA	PERSONAL ASISTENCIAL, PUESTOS Y CENTROS DE SALUD
IV GRUPO	ACADEMIA	UNIVERSIDADES, INSTITUTOS
V GRUPO	COLEGIOS PROFESIONALES	MEDICINA, OBSTETRICIA, ENFERMERÍA
VI GRUPO	MINSA	GERENTE DE RED
		SUB GERENTE DE RED
		JEFES DE RECURSOS HUMANOS
		2 GERENTES DE MICRO RED
		JEFES DE ESTABLECIMIENTOS
VII GRUPO	OTROS EFECTORES DE SALUD	ESSALUD
		FUERZAS ARMADAS Y POLICIALES

EJES	FACTORES FACILITADORES	FACTORES RESTRICTORES
MODELO DE ATENCIÓN	La presencia de lineamientos de políticas del sector salud.	Desconocimiento en gestión y administración de los servicios de salud, por parte de la jefatura o del comité de gestión.
DESCENTRALIZACIÓN	Conocedores de la situación de salud y sus necesidades	No existen procesos técnico-políticos de descentralización a nivel de la mayoría de establecimientos de salud del I nivel.
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	Evaluaciones por competencias como antecedente.	Escasa capacitación de los recursos humanos.
	Antecedentes de planes de capacitación por paquetes modularizados.	Personal con actividades mecanizadas y rutinarias.
	Reciente aplicación de talleres integrados.	Una cultura organizacional débil.
		Limitación del personal técnico en eventos de capacitación.
		No existe un perfil adecuado del personal en los servicios de salud.
CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	Mejoramiento de la capacidad resolutive.	Desconocimiento del criterio de categorización.
	Provisionamiento de materiales y equipos para la atención a los usuarios.	Se realizan actividades y se resuelven problemas de acuerdo al recurso humano presente y a la necesidad.
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	Solo existe sistema de referencia y contra referencia en las actividades materno infantil.	Sólo existe sistema de referencia y contra referencia en las actividades materno infantil.
GESTIÓN DE CALIDAD	Apoyo administrativo y logístico en los CLAS.	Multiplicidad de funciones.

Guía 2

«PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS»

El tercer paso es la identificación y priorización de los problemas sanitarios enmarcados, en dos ejes:

1. Eje prestacional.
2. Eje gerencial y/o administrativo.

Este proceso tiene en cuenta las variables: magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, costo-beneficio e impacto de la solución del problema (adaptado a metodología CENDES OPS); su resultado permitirá elaborar las competencias laborales específicas para el primer nivel de atención, según grupo ocupacional.

1. OBJETIVO

Que los participantes sean capaces de identificar y priorizar los problemas sanitarios en la prestación de servicios según ciclo de vida y en la parte gerencial o administrativa.

2. ACTIVIDADES

- 2.1 Se conformarán 7 grupos de participantes de 7 a 8 personas, teniendo en cuenta el eje prestacional y gerencial, así como el tipo de institución y los niveles gerenciales y técnicos, según se indica:

- | | |
|------------|---|
| I grupo: | NIÑO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, técnico en enfermería, odontólogo, microbiólogo/técnico en laboratorio. |
| II grupo: | ADOLESCENTE.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, obstetrix, técnico en enfermería. |
| III grupo: | ADULTO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo), integrado por médico, enfermera, obstetrix, técnico en enfermería, químico farmacéutico, microbiólogo/técnico en laboratorio. |
| IV grupo: | ADULTO MAYOR.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, técnico en enfermería, químico farmacéutico, odontólogos. |
| V grupo: | GESTIÓN: gestión de recursos, uso de la información, estandarización de procesos, situaciones de contingencia. Nivel Gerencial DISA; integrado por médico, gerente de red, micro red, establecimiento de salud, técnico en estadístico, técnico administrativo. |
| VI Grupo: | GESTIÓN: gestión de recursos, Estandarización de procesos. Personal de servicios generales. |
| VII Grupo: | GESTIÓN: educación permanente en salud y relación proveedor - usuario. Academia y universidades. |

- 2.2 Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.
- 2.3 El coordinador leerá las definiciones operacionales respecto a las guías de trabajo para su mejor desarrollo.
- 2.4 El grupo identificará en primer lugar los problemas sanitarios, en la prestación de servicios según ciclo de vida, teniendo en cuenta lo expuesto en el perfil epidemiológico de la región.
- 2.5 Asimismo identificará problemas sanitarios en la parte gerencial o administrativa en los 5 ejes en la matriz presentada.
- 2.6 El grupo determinará la priorización valorando los problemas identificados en la parte prestacional y de gestión según variables: de magnitud, trascendencia, costo beneficio, vulnerabilidad e impacto.
- 2.7 Para la presentación se hará uso del proyector multimedia y se proporcionará el equipo informativo necesario.
- 2.8 El tiempo para desarrollar el trabajo es de una hora.
- 2.9 La discusión o plenaria será de 30 minutos.

DEFINICIONES OPERACIONALES

La priorización de los problemas en salud es un proceso que permite ordenar nuestros criterios de planificación, programación, e intervención sanitaria.

Los planificadores de salud han denominado de diversas maneras los problemáticas en salud. Este concepto deja en claro que el abordaje biológico y clínico es insuficiente, pues debe abarcar todas las dimensiones de lo socio-cultural y lo individual.

Los objetivos de la priorización apuntan a determinar las principales áreas problemáticas en salud, definiendo las prioridades y las acciones programáticas, las estrategias de atención más adecuadas a las necesidades de la población, a través de:

- ◆ Orientar la función de regulación y control de las instituciones de salud.
- ◆ Orientar la identificación de las prioridades de salud a nivel regional y local.
- ◆ Orientar las intervenciones sanitarias, privilegiando modelos de atención específicos a la población objetivo.
- ◆ Orientar la asignación de los recursos humanos y financieros hacia los principales problemas de salud en el país.

METODOLOGÍA

En la matriz se deben anotar en una columna todos los problemas identificados en el orden en que aparecieron. Los criterios de ponderación son: **magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, costo-beneficio e impacto de la solución del problema** (adaptado a metodología CENDES OPS).

La ponderación se realiza por consenso grupal y se califica en una escala del 1 al 5, para indicar en términos absolutos la importancia que tiene cada problema. Al final se procede a sumar en forma horizontal los resultados obtenidos en cada problema; aquellos que tengan la calificación más alta son los prioritarios.

DEFINICIONES

Problema: es una situación negativa que se desea cambiar.

Problema de salud: daños y riesgos que producen las enfermedades en la población.

MAGNITUD: representa la frecuencia y gravedad de aparición de cada problema o universo que afecta más, ¿cuánto de la población/organización está afectada?.

TRASCENDENCIA: es la importancia que tiene la solución del problema a nivel socio-político y en la institución.

VULNERABILIDAD: es la susceptibilidad de su solución, ¿cuánto depende de nosotros para solucionar ese problema?; si con nuestra capacidad es posible solucionar los puntos críticos del problema.

COSTO-BENEFICIO: se refiere a la posibilidad de solución en términos económicos y en beneficios en la población. ¿Cuánto gastamos? y ¿cuánto ganamos?.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS	
Nº	INSTITUCIÓN
I GRUPO NIÑO	MINSA OPERATIVOS SALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
II GRUPO ADOLESCENTE	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
III GRUPO ADULTO	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
IV. GRUPO ADULTO MAYOR	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
V. GRUPO GESTIÓN DE RECURSOS USO DE LA INFORMACIÓN ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS SITUACIONES DE CONTINGENCIA	DISA: DESA, DIREMID, SALUD ATENCION INTEGRAL, SALUD DE LAS PERSONAS Y SERVICIOS GERENTE DE RED JEFES ESTABLECIMIENTOS GERENTE MICRO RED
VI. GRUPO GESTIÓN DE RECURSOS USO DE LA INFORMACIÓN ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES
VII. GRUPO EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD RELACIÓN PROVEEDOR - USUARIO	ACADEMIAS UNIVERSIDADES

PROBLEMA SANITARIO EN LA PRESTACIÓN	MAGNITUD SUB TOTAL	TRASCENDENCIA SUB TOTAL	VULNERABILIDAD SUB TOTAL	COSTO BENEFICIO SUB TOTAL	IMPACTO SUB TOTAL	PUNTAJE TOTAL	PRIORIDAD
Elevada morbilidad por IRA y EDA.	4	4	4	4	4	20	1
Débil capacitación del equipo de salud en atención integral de salud al niño.	3	4	4	4	5	20	2
Deficiente organización para la atención integral de salud del niño.	3	4	4	4	5	20	3
ATENCIÓN INTEGRAL NIÑO							
No priorización del Programa de Atención Integral del Adolescente en los establecimientos de salud.	5	3	4	3	3	18	1
Elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual en los adolescentes.	4	3	3	1	2	13	2
Elevada prevalencia de embarazos en el adolescente.	4	3	2	1	2	12	3
ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO							
Persistencia de la elevada tasa de mortalidad materna.	4	5	4	4	4	21	1
Riesgo de enfermar o morir por tuberculosis pulmonar.	3	4	4	4	4	19	2
Incremento de la violencia intrafamiliar.	4	4	3	3	4	18	3

ATENCIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR							
Riesgo de enfermar o morir por enfermedades metabólicas, endocrinológicas (diabetes).	4	4	4	4	4	20	1
Elevadas tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares e hipertensivas.	3	3	4	4	2	16	2
Elevadas tasas de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	4	3	3	3	2	15	3

PROBLEMA SANITARIO EN LA PRESTACIÓN	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	COSTO BENEFICIO		IMPACTO	PUNTAJE TOTAL	PRIORIDAD
	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL			
GESTIÓN DE RECURSOS								
Limitada gestión de recursos humanos.	5	5	3	3	5	21	1	1
Limitada gestión de recursos logísticos y financieros.	4	3	2	2	3	14	2	2
USO DE LA INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES								
Debilidades en la toma de decisiones por niveles.	5	5	4	5	5	24	1	1
Escasas competencias y cultura de análisis de la información.	5	5	3	5	5	23	2	2
No uso de un sistema de información estandarizado y oficial para toma decisiones.	4	4	4	5	5	22	3	3

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS						
5	4	5	5	5	5	1
4	5	3	3	5	5	2
4	4	5	5	5	20	2
5	4	4	3	4	19	3
EDUCACIÓN PERMANENTE						
4	5	3	4	5	21	1
4	4	4	4	5	20	2
4	4	3	4	4	19	3
4	4	4	4	4	19	3
RELACIÓN PROVEEDOR - USUARIO						
3	5	4	5	5	22	1
4	4	3	4	5	20	2
4	4	3	4	5	20	2
4	5	3	3	5	20	2
4	5	3	3	5	20	2
4	5	3	3	5	20	2



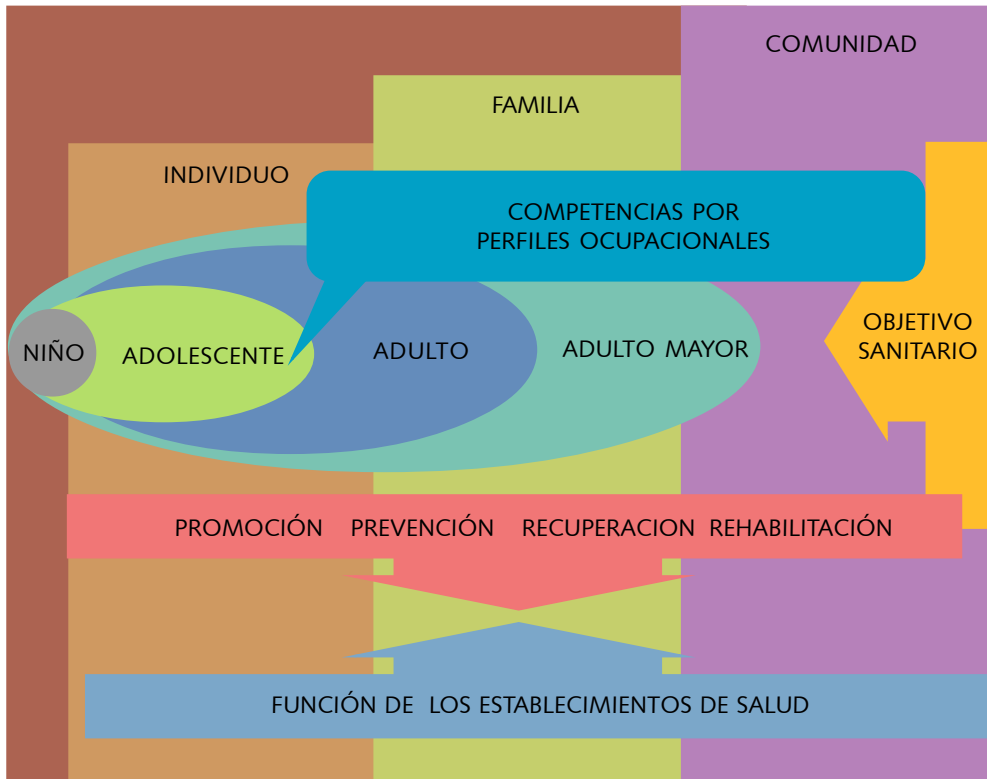
Guía 3

«MODELO SANITARIO»

La determinación del modelo sanitario es el cuarto paso necesario para la construcción de perfiles ocupacionales, sin embargo debe constituirse en el elemento direccionador; con él se identifican los objetivos, funciones y competencias del sector salud en la prestación de servicios según ciclo de vida y en la parte gerencial y administrativa; permitiendo visualizar a partir de ello los resultados sanitarios.

El abordaje sanitario es una demostración de la evolución de la organización y por lo tanto, permite desarrollar, no sólo una competencia «en» la organización, sino una competencia «sobre» la organización y «para la población»; esta transformación es en principio lógica, si aludimos al reconocimiento de un trabajo autónomo en equipo y en red y al reconocimiento futuro de un proceso de descentralización de servicios de salud; por lo tanto, la capacidad de los trabajadores para organizarse, en el marco de sus prioridades sanitarias, será fundamental en la determinación de competencias del equipo de salud local.

Pero una competencia de este tipo debe ir mucho más lejos que una simple organización del trabajo en el seno del equipo. En un contexto marcadamente evolutivo, de transiciones demográficas y epidemiológicas, las mismas organizaciones de servicios deben igualmente evolucionar y una competencia sobre la organización no se reduce a una simple acción individual y cotidiana de distribución del trabajo; es preciso conocer los parámetros y principios de la planificación y de la organización en la cual se trabaja, y saber participar en su redefinición de prioridades cuando el contexto así lo impone.



1. OBJETIVO

Que los participantes sean capaces de determinar las funciones y competencias del sector salud en la prestación de servicios según ciclo de vida y en la parte gerencial o administrativa de acuerdo a los 5 ejes del mejoramiento continuo de la calidad.

2. ACTIVIDADES

- 2.1 Se conformarán 7 grupos de participantes de 7 a 8 personas; teniendo en cuenta el eje prestacional y gerencial, así como el tipo de institución y los niveles gerenciales y técnicos, según se indica:

- I grupo: NIÑO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, técnico en enfermería, odontólogo, microbiólogo/técnico en laboratorio.
- II grupo: ADOLESCENTE.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, obstetriz, técnico en enfermería.

- III grupo: ADULTO.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo), integrado por médico, enfermera, obstetriz, técnico en enfermería, químico farmacéutico, microbiólogo/técnico en laboratorio.
- IV grupo: ADULTO MAYOR.- MINSA, EsSALUD, Fuerzas Armadas (asistencial - operativo); integrado por médico, enfermera, técnico en enfermería, químico farmacéutico, odontólogos.
- V grupo: GESTIÓN: Gestión de recursos, uso de la información, estandarización de procesos, situaciones de contingencia.- Nivel gerencial DISA; integrado por médico, gerente de red, micro red, establecimiento de salud, técnico en estadístico, técnico administrativo.
- VI grupo: GESTIÓN: Gestión de recursos, estandarización de procesos. Personal de servicios generales.
- VII grupo: GESTIÓN: Educación permanente en salud y relación proveedor - usuario. Academia y universidades.

- 2.2 Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.
- 2.3 El coordinador leerá las definiciones operacionales respecto a las guías de trabajo para su mejor desarrollo.
- 2.4 El grupo identificará en primer lugar los problemas sanitarios, en la prestación de servicios según ciclo de vida, teniendo en cuenta lo expuesto en el perfil epidemiológico de la región.
- 2.5 Seguidamente el grupo determinará los elementos sanitarios en lo preventivo, promocional, recuperativo y comunitario.
- 2.6 Por último determinará las funciones de establecimientos de salud del primer nivel de atención a nivel familiar y comunitario.
- 2.7 Asimismo identificará problemas sanitarios en la parte gerencial o administrativa en los 5 ejes del mejoramiento continuo de la calidad, según lo propuesto en la matriz presentada.
- 2.8 El grupo determinará los objetivos de desarrollo institucional a nivel de servicios, institución y del sector.
- 2.9 Finalmente el grupo señalará las funciones a nivel de servicio, institución y nivel sectorial.
- 2.10 Para la presentación se hará uso del proyector multimedia y se proporcionará el equipo informativo necesario.
- 2.11 El tiempo a desarrollar el trabajo es de una hora.
- 2.12 Para leer el resultado de la discusión en plenaria, se contará con 30 minutos.

DEFINICIONES OPERACIONALES DE LOS EJES EN LA PARTE GERENCIAL

◆ **GESTIÓN DE SERVICIOS**

Entendida como la existencia y uso adecuado de equipos, medicamentos e insumos necesarios, según prioridades identificadas. Asimismo se plantea la necesidad de un trabajo coordinado y complementario del conjunto de los recursos disponibles desde la familia y comunidad. Involucra la gestión de recursos humanos, logísticos y financieros.

◆ **EDUCACIÓN PERMANENTE**

Entendida como los procesos que permiten a los miembros del equipo de salud identificar problemas y oportunidades en la prestación de servicios, estimar su magnitud de impacto sobre la calidad, establecer prioridades en su atención, planear e implementar iniciativas para su corrección y evaluar su resultado. De esta manera el trabajo se convierte en una fuente de conocimiento, y a su vez, en objeto de transformación.

◆ **USO DE LA INFORMACIÓN**

Entendido como los procesos de recolección, procesamiento y análisis de la información de manera oportuna, con la finalidad de que las decisiones de gerencia estén adecuadamente sustentadas en hechos, reduciendo el espacio para la intuición o la arbitrariedad.

◆ **RELACIÓN CON EL USUARIO Y COMUNIDAD**

Procesos que faciliten escuchar la opinión de usuarios individuales y sus organizaciones representativas, y responder adecuada y oportunamente. Asimismo, incorpora estrategias de comunicación y participación ciudadana.

◆ **ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS**

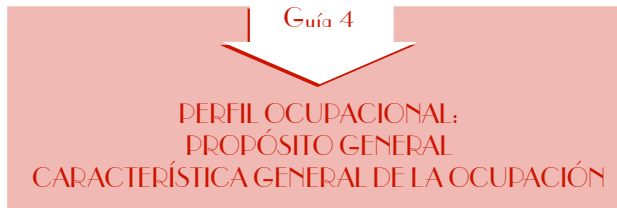
Es decir, la construcción y adopción consciente y voluntaria de los miembros del equipo de salud de esquemas normados de atención de los principales procedimientos técnicos y administrativos y la relación con su entorno.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS	
Nº	INSTITUCIÓN
I GRUPO: NIÑO	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
II GRUPO: ADOLESCENTE	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
III GRUPO: ADULTO	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
IV. GRUPO: ADULTO MAYOR	MINSA OPERATIVOS ESSALUD OPERATIVOS FUERZAS ARMADAS OPERATIVOS
V. GRUPO: GESTIÓN DE RECURSOS USO DE LA INFORMACIÓN ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS SITUACIONES DE CONTINGENCIA	DISA: DESA, DIREMID, SALUD ATENCIÓN INTEGRAL, SALUD DE LAS PERSONAS Y SERVICIOS GERENTE DE RED JEFES ESTABLECIMIENTOS GERENTE MICRO RED
VI. GRUPO: GESTIÓN DE RECURSOS USO DE LA INFORMACIÓN ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES
VII. GRUPO: EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD RELACIÓN PROVEEDOR - USUARIO	ACADEMIAS UNIVERSIDADES

PROBLEMAS SANITARIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SEGÚN CICLOS DE VIDA		NIÑO	ADOLESCENTE
OBJETIVOS SANITARIOS FUNCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. DEL I NIVEL DE ATENCIÓN	Preventivo	Disminución de la incidencia de IRA - EDA.	Retardar inicio de las relaciones sexuales.
	Promocional	- Población con hábitos y estilos de vida saludables. - Detecte y actúe oportuna y adecuadamente en los problemas de IRA - EDA	Brindar paquete educativo del adolescente por medio de consejerías.
	Recuperativo	Evitar o reducir la severidad de daño.	Atención y derivación oportuna para tratamiento.
	Rehabilitación	Fomentar en la población alimentación complementaria.	Brindar atención de calidad y oportunidad por profesionales competentes.
	Individual	- Atención protocolizada. - Brindar educación sanitaria. - Evaluación del GRED y seguimiento de casos.	Brindar atención de calidad y oportunidad por profesionales competentes.
Comunitario	- Realizar intervenciones domiciliarias. - Brindar orientación sanitaria a la familia. - Identificación de riesgos y oferta de paquetes.	- Brindar paquetes educativos. - Realizar vistas de intervención a la familia.	
Comunitario	- Realizar campañas de difusión. - Trabajo con ACS. - Coordinación interinstitucional.	Educación a grupos organizados.	Organizar grupos juveniles.

PROBLEMAS SANITARIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SEGÚN CICLOS DE VIDA	OBJETIVOS SANITARIOS			FUNCIONES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. DEL I NIVEL DE ATENCIÓN		
	ADULTO	<p>Persistencia de la elevada tasa de mortalidad materna.</p> <p>- Cuidados esenciales de embarazo parto y puerperio. - Atención de emergencias . - Educación de factores de riesgo.</p>	<p>- Elevar el nivel educativo en la mujer. - Educar a la población sobre los signos de alarma.</p>	<p>Atención de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.</p>	<p>Atención de secuelas.</p>	<p>- Educación y sensibilización. - Diagnóstico y tratamiento oportuno.</p>
ADULTO MAYOR	<p>Riesgo de enfermar o morir por enfermedades metabólicas, endocrinológicas (diabetes)</p>	<p>Lograr que la población identifique factores de riesgos asociados a estas enfermedades.</p>	<p>Fomentar estilos de vida saludables.</p>	<p>Detectar y tratar oportuna y adecuadamente los casos.</p>	<p>Involucrar al entorno familiar para la recuperación y rehabilitación del paciente.</p>	<p>Educación sanitaria al individuo, familia y comunidad.</p>

PROBLEMAS SANITARIOS IDENTIFICADOS EN LA PARTE GERENCIAL O ADMINISTRATIVA	OBJETIVOS DESARROLLO INSTITUCIONAL		COMPETENCIA SERVICIO	COMPETENCIA INSTITUCIONAL	COMPETENCIA SECTORIAL
	SERVICIO	INSTITUCIONAL			
RELACION CON EL USUARIO Y COMUNIDAD	Atención deshumanizada y despersonalizada al usuario.	Elaborar planes y estrategias de revalorización al usuario.	Velar por la adecuada observancia de los valores éticos, deontológicos y morales.	Desarrollar experiencias educativas que revaloricen su naturaleza humana.	Vela por la adecuada observancia de los valores éticos y morales.
	Priorización en formación científico tecnológica y no en la formación humanística.	Observar calidad y calidez humana en la prestación de servicios.	Brindar información actualizada y oportuna del desempeño de los egresados a las entidades. -Evaluar la pertinencia social de los currículos.	Estructurar currículos integrados e integrales que desarrollen la formación científica, tecnológica y humanística.	- Brinda información actualizada y oportuna del desempeño de los egresados a las entidades. - Evalúa la pertinencia social de los currículos.
ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	Falta unificación de protocolos regionales.	Implementar un modelo de atención protocolizado.	Implementar una política de atención integral protocolizada.	Oficializar el modelo de atención integral protocolizado.	Capacidad de negociación, concertación, liderazgo, innovación y creatividad para la implementación del MAIS protocolizado.
			Personal certificado en atención integral de salud.	Paquetes de servicios de atención integral por etapas de vida	Ser indicador de gestión nacional.
					Ser indicador de gestión regional.
					Instrumento de supervisión integral contiene los componentes del MAIS.



Para la determinación de las características generales de la ocupación, como cuarto paso, se define el propósito clave de la ocupación en el nivel donde se está trabajando, a partir del modelo sanitario; utilizándose el análisis funcional.

El análisis puede desarrollarse en el nivel de la ocupación (médico), de la organización laboral (establecimiento del primer nivel de atención), o del sector (salud).

El propósito clave es el enunciado que define aquello que la ocupación u organización laboral permite alcanzar o lograr.

El quinto paso es el perfil ocupacional, que consiste en una definición precisa de todas las características de una ocupación, relativas a la naturaleza y alcance del trabajo desempeñado; a las exigencias que éste plantea; a las personas que lo ejecutan, a las condiciones ambientales propias del trabajo; y a las relaciones entre la ocupación a que se refiere el perfil o familia ocupacional. Por lo tanto estas características se expresan a través de exigencias de trabajo, las condiciones y medio ambiente de trabajo, las relaciones entre ocupaciones y el contenido del trabajo.

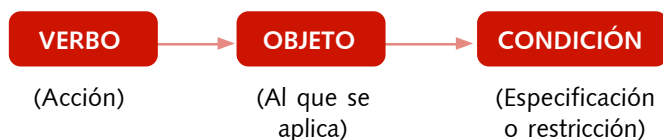
1. OBJETIVO

Que los participantes sean capaces de:

- Definir el propósito general de la ocupación.
- Identificar las características del perfil ocupacional por competencias según grupo ocupacional, en la prestación y en la gestión de los servicios de salud del I nivel de atención.

2. ACTIVIDADES

- 2.1. Se conformarán grupos de acuerdo a cada carrera profesional o técnica.
- 2.2. Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.
- 2.3. Teniendo en cuenta la prioridad sanitaria, según ciclos de vida, el modelo de atención, categorización de establecimientos, y procesos de descentralización; el grupo en primer lugar identificará y redactará el propósito principal de la ocupación según se indica:



2.4. El grupo identificará los componentes del perfil ocupacional por competencias teniendo en cuenta las exigencias del trabajo, medio ambiente y relaciones entre ocupaciones, según el instrumento a desarrollar.

2.5. El tiempo para desarrollar el trabajo es de 1 hora.

2.6. Para leer el resultado de la discusión en plenaria se contará con 10 minutos.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS			
Nº	GRUPOS OCUPACIONALES	Nº	GRUPOS OCUPACIONALES
I	MÉDICOS	VI	QUÍMICO FARMACÉUTICO TÉCNICO EN FARMACIA
II	ENFERMERAS	VII	BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO TÉCNICO EN LABORATORIO
III	OBSTETRICES	VIII	GERENTES DE RED SUB GERENTE DE MICRO RED JEFE DE ESTABLECIMIENTO
IV	TÉCNICO ENFERMERÍA	IX	TRABAJADOR DE SERVICIOS
V	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	X	TECNICO SANITARIO

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA OCUPACIÓN

- Reportará a : Jefe inmediato superior.
- Lugar de trabajo : Puesto y centro de salud: intramural
Campo y comunidades: extramural.
- Horario de trabajo : Urbano, peri urbano: contrato 6-8 horas, 25 días de labor, 5 días de descanso. Rural: 10-12 horas, 23 días de labor y 7 días de descanso (la naturaleza del servicio debe ser indicador para fijar el horario).
- Zona de trabajo : Rural: andina, ceja de selva: urbana y periurbana, en todas las regiones del Perú.

- **Riesgo laboral** : Alto y permanente:
Urbano y periurbano: stress, accidentes tránsito. Rural andino: comunidades muy dispersas con escasa accesibilidad.
Ceja de selva: además factores climatológicos y epidemiológicos. Problemas sociopolíticos (narco - terrorismo).
- **Tipo de actividades** : Integrales e integradas. Asistencial (preventivo, promocional, recuperativo, rehabilitacional), gestión, docencia, educación e investigación.

Tiempo de dedicación a las actividades:

COSTA			
RURAL	%	URBANA	%
1. Asistencial (TOTAL)	70	Asistencial (TOTAL)	50
Recuperativo-rehabilitación	50	Recuperativo-rehabilitación	40
Preventivo-promocional	20	Preventivo-promocional	10
2. Administrativo y gestión	20	Administrativo y gestión	20
3. Docente - educativa	5	Docente - educativa	15
4. Investigación	5	Investigación	15
TOTAL	100	TOTAL	100

SIERRA			
RURAL	%	URBANA	%
1. Asistencial (TOTAL)	60	Asistencial (TOTAL)	50
Recuperativo-rehabilitación	40	Recuperativo-rehabilitación	40
Preventivo-promocional	20	Preventivo-promocional	10
2. Administrativo y gestión	25	Administrativo y gestión	20
3. Docente - educativa	10	Docente - educativa	15
4. Investigación	5	Investigación	15
TOTAL	100	TOTAL	100

SELVA			
RURAL	%	URBANA	%
1. Asistencial	60	Asistencial	50
Recuperativo-rehabilitación	40	Recuperativo-rehabilitación	40
Preventivo-promocional	20	Preventivo-promocional	10
2. Administrativo y gestión	25	Administrativo y gestión	20
3. Docente - educativa	10	Docente - educativa	15
4. Investigación	5	Investigación	15
TOTAL	100	TOTAL	100

II. REQUISITOS GENERALES DEL CARGO

Conocimientos

- Estudios de formación : Nivel universitario: medicina general, y especialidad de medicina familiar.
- Grado y título : Bachiller en medicina, médico cirujano, especialidad medicina familiar.
- Exigencias complementarias : Colegiatura, habilitación, SERUMS.
- Experiencia laboral : Mínimo 1 año, atenciones en preventivo, promocional, recuperación, en establecimientos de salud del primer nivel de atención, incluye SERUMS.
- Otros conocimientos : Geopolítica de la región, comunicación, relaciones humanas, gerencia en salud, administración en salud, epidemiología, computación, etc.
- Idioma : Urbano: castellano y quechua básico. Rural: castellano, quechua y aymara.
- Características físicas : Buena salud física y mental (certificado). Resistencia física para adaptarse a desplazamientos (caminatas, acémilas, moto, auto).
- Deseable : No tener antecedentes penales y judiciales; ni antecedentes de procesos administrativos en salud. Ser procedente de la zona o de zonas similares y aceptado.

Requisitos actitudinales

- **Ética y deontología** : Buen trato con respecto a usuarios, valores altruistas, socio humanistas por la salud y el ser humano.
- **Comunicación** : Clara, precisa, concisa, con empatía.
- **Trabajo en equipo** : Liderazgo compartido con capacidad para la toma de decisiones; exigencia obligatoria.
- **Docencia** : Facilitador del proceso de enseñanza aprendizaje, exigencia obligatoria.
- **Presentación personal** : Higiene y aseo personal, uniforme, identificación.

Guía 5

«COMPETENCIA GENERAL»

Una vez que se cuenta con el propósito clave se empiezan a elaborar las competencias generales o unidades de competencia utilizando el análisis funcional; por consiguiente se tiene en cuenta las funciones de los establecimientos de salud del primer nivel de atención: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, así como los procesos de mejoramiento continuo de la calidad en la gestión de los servicios de salud y situaciones de contingencia.

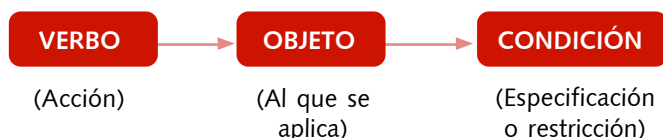
Es un proceso de desagregación sucesiva en la cual cada respuesta indica una función que contribuye indudablemente al logro del propósito clave; para ello es necesario hacerse la siguiente pregunta **¿qué hay que hacer para que esto se logre?**. La función debe definir un logro laboral permitiendo así que sea identificada la competencia general.

1. OBJETIVO

Identificar los perfiles ocupacionales por competencias generales del primer nivel de atención según grupo ocupacional.

2. ACTIVIDADES

- 2.1 Se conformarán grupo de acuerdo a cada carrera profesional o técnica.
- 2.2 Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.
- 2.3 Teniendo en cuenta la prioridad sanitaria, según ciclos de vida, el modelo de atención, categorización de establecimientos, procesos de descentralización; el grupo identificará en primer lugar el propósito principal de la ocupación.
- 2.4 El grupo identificará las unidades de competencia (prevención, promoción, recuperación, y rehabilitación) a nivel individual y a nivel colectivo.
- 2.5 El grupo redactará las unidades de competencias teniendo en cuenta la siguiente forma.



Las competencias generales o unidades de competencia, deben estar enmarcadas a nivel prestacional y a nivel de gestión.

- 2.6 El tiempo para desarrollar el trabajo es de 90 minutos.

2.7 Para leer la discusión en plenaria se contará con 30 minutos.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS			
Nº	GRUPOS OCUPACIONALES	Nº	GRUPOS OCUPACIONALES
I	MÉDICOS	VI	QUÍMICO FARMACÉUTICO TÉCNICO EN FARMACIA
II	ENFERMERAS	VII	BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO TÉCNICO EN LABORATORIO
III	OBSTETRICES	VIII	GERENTES DE RED SUB GERENTE DE MICRO RED JEFE DE ESTABLECIMIENTO
IV	TÉCNICO ENFERMERÍA	IX	TRABAJADOR DE SERVICIOS
V	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	X	TÉCNICO SANITARIO

En primer lugar es importante que las competencias generales se redacten teniendo en cuenta la estructura gramatical señalada en el I Taller ¹¹¹.

ESTRUCTURA GRAMATICAL		
UNIDAD DE COMPETENCIA O COMPETENCIA GENERAL: PROMOCIÓN		
VERBO	SUJETO	CONDICIÓN
Realiza	Acciones de promoción de la salud en el niño menor de 10 años,	Con comunicación efectiva y asertiva, responsablemente, respetando sus derechos, dinámica familiar e interculturalidad, con equidad de género en forma participativa, interdisciplinariamente a nivel multisectorial; para reforzar y mantener estilos de vida saludables.

Por tanto la competencia general para el ciclo de vida niño, en promoción, será:

Realiza acciones de promoción de la salud en el niño menor de 10 años, con comunicación efectiva y asertiva, responsablemente, respetando sus derechos, dinámica familiar e interculturalidad, con equidad de género en forma participativa, interdisciplinariamente a nivel multisectorial; para reforzar y mantener estilos de vida saludables.



EJE PRESTACIÓN	NIVEL DE ATENCIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL		
		SUJETO DE ATENCIÓN		
		INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIA
Brindar atención integral al niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, con calidad eficiencia y efectividad para disminuir los riesgos, controlar los daños y promover estilos de vida saludable, respetando la naturaleza humana y cultural.	PREVENCIÓN	Realiza acciones preventivas de salud en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, identificando riesgos y amenazas principales oportunamente, en forma individual, familiar y comunitaria, respetando su persona y entorno, con enfoque interdisciplinario y humano, que fomente la participación comunal.		
	PROMOCIÓN	Desarrolla acciones de promoción de la salud, del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, sobre riesgos identificados acorde a su nivel cultural, educacional, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, respetando su naturaleza humana; que conlleven a prácticas de vida saludable.		
	RECUPERATIVO	Brinda atención integral estandarizada en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, según guías de atención o protocolos, con énfasis en daños priorizados, normas médico legales a nivel individual, con participación de la familia y comunidad, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, en forma oportuna y con calidad, respetando su naturaleza humana y cultural; para resolver problemas de salud según demanda.		
	REHABILITACIONAL	Realiza la identificación y referencia del niño, adolescente, adulto y adulto mayor con secuelas según guías de atención y protocolos en coordinación con el centro de referencia, y acciones que conduzcan a la reinserción a su medio laboral y social con intervención de la familia y comunidad organizada, a nivel interdisciplinario, intersectorial y con actitud solidaria.		

PROPÓSITO	COMPONENTES DE GESTIÓN	UNIDAD DE COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL		
		ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN		
		SERVICIOS	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
Garantizar la calidad de los servicios de salud en el I Nivel de Atención, con equidad y eficiencia; para la continuidad de la atención integral, según ciclos de vida, familia y comunidad.	Gestión y provisión de recursos humanos.	Desarrolla y lidera un manejo adecuado del talento humano, recursos logísticos y financieros, trabajando en equipo, con criterio técnico, equidad y eficiencia; para alcanzar resultados sanitarios a nivel del individuo, familia y comunidad.		
	Uso de la información.	Asume liderazgo participativo en la toma de decisiones oportuna de acuerdo al análisis de información del perfil epidemiológico local en su contexto sociopolítico y cultural, con el equipo interdisciplinario de gestión; para mejorar la calidad de atención y satisfacción del usuario interno y externo en el nivel respectivo.		
	Estandarización de los procedimientos.	Lidera los procesos de unificación de criterios de atención, del equipo interdisciplinario, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación periódica, del cumplimiento de los procedimientos técnicos y administrativos; para asegurar un servicio con eficiencia, calidad y equidad.		
	Educación permanente.	Participa en los procesos de educación permanente e investigación con el equipo de salud; para el desarrollo del potencial humano y mejora en la calidad de atención.		
	Relación proveedor - usuario.	Asegura una atención responsable con equidad, al individuo, familia y comunidad, acorde con las necesidades y prioridades locales, utilizando estrategias de prevención y promoción, demostrando dominio de las características demográficas socioculturales y geográficas de la población asignada a su jurisdicción, con la coparticipación intersectorial y de otros actores sociales; para la satisfacción del usuario.		





Guía 6

«COMPETENCIAS ESPECÍFICAS»

Definidas las competencias generales se concluye cuando se identifica aquellas funciones que corresponden a logros alcanzables por una persona. Nos referimos a las competencias específicas o realizaciones profesionales (logradas por los trabajadores de salud de acuerdo a la realidad y a la necesidad de la población); en el análisis funcional corresponden al último nivel de desagregación y se considera que son la especificación última y precisa de la competencia laboral.

Una vez defina la competencia específica o realización profesional que es el séptimo paso, se tiene en cuenta ciertos requisitos como la **PRIORIDAD SANITARIA**; ésta le da contenido y especificidad a la competencia y permite su utilización, en este caso, en el campo de la salud.

Un aspecto a considerar cuando se trata de detectar una posible competencia específica, es que exista claramente la posibilidad de enlazar la expresión «**la persona debe ser capaz de**», con el enunciado de la competencia específica identificada.

Las competencias específicas:

- Corresponden a funciones de último nivel del mapa funcional (contribuciones individuales).
- Identifican lo que una persona *debe ser capaz de hacer* en el trabajo.
- Describen los *resultados* de lo realizado y *no los procedimientos*.
- Están expresados en un lenguaje que *tiene sentido* para los trabajadores del sector salud.
- Describen funciones *aplicables en los diferentes contextos* donde el trabajador de salud, debe demostrar su competencia.
- Permiten la *demonstración* y la *evaluación*.
- Expresan prácticas laborales *seguras y saludables*.

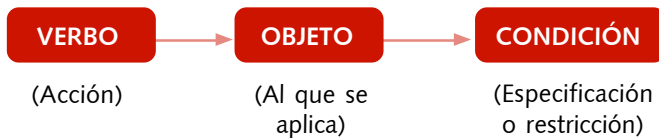
1. OBJETIVO

Determinar los perfiles ocupacionales por competencias específicas en el I nivel de atención según grupo ocupacional.

2. ACTIVIDADES

- 2.1. Se constituirán los mismos grupos que fueron seleccionados para elaboración de competencias generales.
- 2.2. Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.

- 2.3. La competencia específica o realización profesional o elemento de competencia se identificará a partir de la prioridad sanitaria, nivel ocupacional, categorización de establecimiento en el marco del modelo de atención.
- 2.4. El grupo redactará las competencias específicas o realizaciones profesionales o elemento de competencia, teniendo en cuenta la siguiente forma.



Las competencias generales o unidades de competencia, deben estar enmarcadas a nivel prestacional y a nivel de gestión.

- 2.5. El tiempo ha desarrollar el trabajo es de 3 horas.
- 2.6. Para leer la discusión en plenaria se contará con 1 hora.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS			
Nº	GRUPOS OCUPACIONALES	Nº	GRUPOS OCUPACIONALES
I	MÉDICOS	VI	QUÍMICO FARMACÉUTICO TÉCNICO EN FARMACIA
II	ENFERMERAS	VII	BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO TÉCNICO EN LABORATORIO
III	OBSTETRICES	VIII	GERENTES DE RED SUB GERENTE DE MICRO RED JEFE DE ESTABLECIMIENTO
IV	TÉCNICO ENFERMERÍA	IX	TRABAJADOR DE SERVICIOS
V	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	X	TÉCNICO SANITARIO

Una vez definida la competencia general, se tendrán en cuenta ciertos requisitos para definir la competencia específica; por ello la especificidad la dará la **PRIORIDAD SANITARIA**.

En este sentido, para redactar la competencia específica o elemento de competencia se hará la pregunta **¿QUE HAY QUE HACER PARA QUE LA COMPETENCIA GENERAL ANTES DESCRITA SE CUMPLA?**. A continuación detallamos un ejemplo.

PROPÓSITO PRINCIPAL	PRIORIDAD SANITARIA	UNIDAD COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL	ELEMENTOS DE COMPETENCIA/COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			SUJETO DE ATENCIÓN		
			INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIO
Brindar atención integral al niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, con calidad, eficiencia y efectividad para disminuir los riesgos, controlar los daños y promover estilos de vida saludable, respetando la naturaleza humana y cultural.	TUBERCULOSIS	PREVENCIÓN: Realiza acciones preventivas de salud en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, identificando riesgos y amenazas principales oportunamente, en forma individual, familiar y comunitaria, respetando su persona y entorno, con enfoque interdisciplinario y humano, que fomente la participación comunal.	1. Identifica y examina al sintomático respiratorio y contactos en los consultantes y la población, interviniendo según guía de atención, con participación interdisciplinaria involucrando a la familia y la comunidad, enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos de los usuarios. 2. Participa del seguimiento a los sintomáticos respiratorios y contactos con enfoque interdisciplinario, involucrando a los agentes comunitarios de salud, la familia y comunidad, organizada con enfoque de interculturalidad, género y respeto a los derechos del usuario. 3. Promueve la vacunación de BCG según protocolos sobre su aplicación para prevenir formas graves de tuberculosis (meningocelitis).		
		PROMOCIÓN: Desarrolla acciones de promoción de la salud, del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, sobre riesgos identificados acorde a su nivel cultural, educacional, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, respetando su naturaleza humana, hacia prácticas de vida saludable.	1. Brinda educación a nivel personal, familiar y comunidad de acuerdo al paquete educativo, para promover conductas saludables, respetando sus patrones culturales y considerando el perfil socio epidemiológico, con responsabilidad, equidad de género, actitud proactiva e interculturalidad. 2. Desarrolla estrategias educativas comunicacionales (campañas, alto parlante, talleres integrales, etc.), sobre el control de la tuberculosis, para despertar responsabilidad en el autocuidado de la persona, familia y comunidad. 3. Desarrolla investigaciones en salud, para diseñar y fortalecer nuevos modelos de intervención sanitaria, en forma participativa, interdisciplinaria, con otros actores sociales, con la finalidad de promover conductas de vida saludable.		

TUBERCULOSIS	<p>RECUPERATIVO Brinda atención integral estandarizada en el niño, adolescente, adulto y adulto mayor, según guías de atención o protocolos, con énfasis en daños priorizados, normas médico legales a nivel individual, con participación de la familia y comunidad, con enfoque interdisciplinario, intersectorial, en forma oportuna y con calidad respetando sus naturaleza humana y cultural; para resolver problemas de salud según demanda.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brinda atención estandarizada a los casos identificados según guías de atención, por el equipo interdisciplinario con enfoque de interculturalidad y respeto mutuo. 2. Cumple con la referencia y contra referencia oportunamente dentro del marco de las guías de atención, involucrando a la familia y la comunidad organizada, con enfoque de interculturalidad.
	<p>REHABILITACIONAL Realiza la identificación y referencia del niño, adolescente, adulto y adulto mayor con secuelas según guías de atención y protocolos en coordinación con el centro de referencia, y acciones que conduzcan a la reinserción a su medio laboral y social con intervención de la familia y comunidad organizada, a nivel interdisciplinario, intersectorial y con actitud solidaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica y refiere oportunamente a los discapacitados con tuberculosis según guías de atención con participación de la familia y comunidad organizada en coordinación con el centro de referencia. 2. Participa en acciones de control y seguimiento de pacientes con secuelas, que conduzcan a la reinserción a su medio familiar, laboral y social, con intervención de la familia y comunidad organizada, en equipo interdisciplinario y con actitud solidaria.





PROPÓSITO PRINCIPAL	COMPONENTE GESTIÓN	UNIDAD COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL	ELEMENTOS DE COMPETENCIA/COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			AMBITO DE INTERVENCIÓN		
			SERVICIO	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
Garantizar la calidad de los servicios de salud en el I Nivel de Atención, con equidad y eficiencia; para la continuidad de la atención integral, según ciclos de vida, familia y comunidad.		GESTIÓN Y PROVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS: Desarrolla y lidera un manejo adecuado del talento humano, recursos logísticos y financieros, trabajando en equipo, con criterio técnico, equidad y eficiencia; para alcanzar resultados sanitarios a nivel del individuo, familia y comunidad.	1. Participa en la conducción de la gestión de los recursos humanos con celeridad y equidad para fortalecer el trabajo en equipo y satisfacer al usuario interno permitiendo asegurar atención integral y de calidad al usuario, familia y comunidad.		
			2. Participa en la gestión de los recursos logísticos y financieros con criterio técnico, racional, de acuerdo al plan operativo institucional, para lograr resultados sanitarios con eficiencia.		
			3. Participa en la elaboración de planes de salud local, planes operativos a partir del análisis de la situación de salud, coordinando activamente con el equipo de salud, autoridades locales, sociedad civil representativa, organizada para alcanzar resultados sanitarios efectivos a nivel individual, familiar y comunal.		
			4. Participa en la ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades técnicas y administrativas con eficiencia y eficacia, con el equipo interdisciplinario y intersectorial.		
		USO DE LA INFORMACIÓN: Asume liderazgo participativo en la toma de decisiones oportuna de acuerdo al análisis de información del perfil epidemiológico local en su contexto sociopolítico y cultural, con el equipo interdisciplinario de gestión; para mejorar la calidad de atención y satisfacción del usuario interno y externo en el nivel respectivo.	1. Participa en la actualización, sistematización y análisis de la información de las prestaciones de la problemática de salud, resultados de intervenciones, prestaciones para la toma de decisiones en forma oportuna, socializando con el equipo de salud y otros actores sociales.		
			2. Socializa información sobre problemática de salud y resultado de intervenciones en la población asignada a su jurisdicción con el equipo de salud, con celeridad y responsabilidad.		
			3. Participa en el monitoreo y evaluación de los avances y resultados de los indicadores de gestión, con el equipo interdisciplinario para la implementación de estrategias que permitan mejorar la calidad de atención al individuo, familia y comunidad.		

PROPÓSITO PRINCIPAL	PRIORIDAD SANITARIA	UNIDAD COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL	ELEMENTOS DE COMPETENCIA/COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			ÁMBITO DE INTERVENCIÓN		
			SERVICIO	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
Garantizar la calidad de los servicios de salud en el I Nivel de Atención, con equidad y eficiencia; para la continuidad de la atención integral, según ciclos de vida, familia y comunidad.		<p>ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS: Participa en el liderazgo de los procesos de unificación de criterios de atención, del equipo interdisciplinario, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación periódica, del cumplimiento de los procedimientos técnicos y administrativos; para asegurar un servicio con eficiencia, calidad y equidad.</p>	1. Participa en la elaboración, validación y aplicación de protocolos con el equipo interdisciplinario para la prestación individual en el contexto familiar y colectivo, que asegure un servicio eficiente y de calidad.	2. Participa en la elaboración y/o modificación del manual de organizaciones y funciones, el reglamento de organización y funciones y otros documentos normativos, con el equipo interdisciplinario, acorde con la realidad sanitaria local.	3. Realiza el monitoreo y evaluación del cumplimiento de los protocolos y manuales administrativos implementados, con el equipo interdisciplinario, con responsabilidad y celeridad, que asegure una atención integral de calidad.
		<p>USO DE LA INFORMACIÓN: Asume liderazgo participativo en la toma de decisiones oportuna de acuerdo al análisis de información del perfil epidemiológico local en su contexto sociopolítico y cultural, con el equipo interdisciplinario de gestión; para mejorar la calidad de atención y satisfacción del usuario interno y externo en el nivel respectivo.</p>	1. Participa en la identificación de necesidades educativas con el equipo de salud durante la prestación de servicios, así como con agentes comunitarios de salud para la planificación, ejecución y evaluación de intervenciones de capacitación de acuerdo al perfil epidemiológico.	2. Participa en sesiones de análisis crítico de la práctica (problematización) asumiendo un rol activo (conductor/participante), con el equipo interdisciplinario, agentes comunitarios de salud y comunidad organizada, respetando sus derechos e interculturalidad que permita establecer estrategias de intervención efectivas en los establecimientos del I Nivel de Atención.	3. Participa en el diseño, ejecución y evaluación de investigaciones operativas en el servicio y comunidad, en forma eficiente y efectiva, relacionadas con el área de desarrollo.



PROPÓSITO PRINCIPAL	PRIORIDAD SANITARIA	UNIDAD COMPETENCIA/COMPETENCIA GENERAL	ELEMENTOS DE COMPETENCIA/COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			ÁMBITO DE INTERVENCIÓN		
			SERVICIO	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
Garantizar la calidad de los servicios de salud en el I Nivel de Atención, con equidad y eficiencia; para la continuidad de la atención integral, según ciclos de vida, familia y comunidad.		RELACIÓN PROVEEDOR - USUARIO: Asegura una atención responsable con equidad, al individuo, familia y comunidad, acorde con las necesidades y prioridades locales, utilizando estrategias de prevención y promoción, demostrando dominio de las características demográficas socioculturales y geográficas de la población asignada a su jurisdicción, con la coparticipación intersectorial y de otros actores sociales; para la satisfacción del usuario.	1. Participa en la implementación de la sectorización del ámbito poblacional construyendo creativamente instrumentos y técnicas más eficaces para identificación y ubicación de la población con mapas y croquis con información epidemiológica de su jurisdicción, con enfoque interdisciplinario y actores sociales de la comunidad organizada.		
			2. Interviene en la implementación y/o fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica familiar y comunal, con participación del equipo interdisciplinario y actores sociales de la comunidad, respetando su interculturalidad equidad de género, para la identificación y control de los riesgos y daños en los grupos vulnerables de la población.		
			3. Aplica diversos mecanismos para la identificación de satisfacción del usuario externo mediante buzones de sugerencias, investigaciones operativas y cualitativas, con participación interdisciplinaria, respetando su interculturalidad.		
			4. Participa en la identificación de los recursos comunitarios a nivel local y convoca su participación para el trabajo conjunto en la definición y estrategias de intervención según prioridades sanitarias.		
			5. Participa activamente en los espacios de diálogo y concertación con autoridades y actores locales, para lograr el involucramiento solidario.		

REQUISITOS PARA ELABORAR COMPETENCIAS GENERALES Y ESPECÍFICAS

Las preguntas que se formulan respecto a las competencias generales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación; en el *I Nivel de Atención son:*

¿Se realizan programas educativos, en las poblaciones de riesgos, agentes comunitarios?

¿Se realizan visitas domiciliarias para identificar factores de riesgos?

¿Se atienden casos de enfermedades inmunoprevenibles?

¿Estos casos son atendidos en otro nivel?

¿Hasta dónde abarca su competencia?

Por otro lado, cuando se describa la competencia general de rehabilitación sólo debe incluir las competencias que se realicen en el I Nivel.

Asimismo, es necesario realizar el abordaje del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, enfocado en sus prioridades sanitarias; para determinar las competencias específicas, teniendo en cuenta los ejemplos antes descritos.

Como habrán podido observar, el abordaje de individuo, familia y comunidad en las Guías 5 y 6, han sido fusionadas para que no exista la repetición de los enunciados de las competencias específicas:

FORMATO INICIAL

COMPETENCIA GRAL/ UNIDAD DE COMPETENCIA	PRIORIDAD SANITARIA	COMPETENCIA ESPECÍFICA O ELEMENTO DE COMPETENCIA:		
		INDIVIDUO	FAMILIA	COMUNIDAD

FORMATO FUSIONADO

COMPETENCIA GENERAL	PRIORIDAD SANITARIA	COMPETENCIA ESPECÍFICA
		INDIVIDUO, FAMILIA, COMUNIDAD

Otra variación importante, es el uso del **VERBO INDICATIVO**, lo cual le da mayor precisión a lo que la persona es capaz de hacer.

Al elaborar las competencias específicas, debe tenerse en cuenta la condición (que es un elemento de la competencia para poder ser evaluada); debiendo estar descritas por ejemplo de la siguiente manera:

- De acuerdo a protocolos...
- De acuerdo a normatividad vigente...
- Según paquete educativo...
- De acuerdo a medidas de bioseguridad...
- Según perfil epidemiológico..., etc.

Para que la competencia se diferencie de un objetivo educacional, tiene que involucrar los **4 SABERES: SABER CONOCER, SABER HACER, SABER SER Y SABER CONVIVIR.**

Asimismo, debe describirse **el saber ser** que está relacionado con las actitudes, comportamientos y valores de la persona como por ejemplo:

- Con responsabilidad.
- Empatía.
- Liderazgo.
- Trabajo en equipo.
- Eficiencia.
- Calidad.
- Respetando su cultura.
- Equidad.
- Autonomía, etc.



El último paso, es la elaboración de la norma de competencia, que siendo la especificación de una capacidad laboral incluye:

- La descripción de la competencia general y competencia específica.
- Los criterios para juzgar la calidad de dicho logro.
- Las evidencias requeridas de que el desempeño se logró:
 - * Evidencia de desempeño.
 - * Evidencia de conocimiento o comportamiento socioafectivos.
- El ámbito en la cual se llevó a cabo.
- Guía para la evaluación.

La norma de competencia es el estándar que se convierte en una moneda de curso común entre los empleadores, trabajadores e instituciones educativas.

Ello le da su valor de transferencia, ya que una norma reconocida en un sector determinado, puede ser fácilmente identificada por cualquier actor social (sector salud); es importante tanto como base para reclutar, seleccionar y capacitar al personal, como para el proceso de evaluación o diagnóstico de la competencia, ya que permite el desempeño observado y las evidencias recogidas vs. las competencias específicas esperadas.

La norma de competencia tradicional, en el proceso de validación de campo ha permitido adaptarla al mundo sanitario para su mayor aplicabilidad e instrumentación. Sin embargo, es necesario precisar las modificaciones realizadas:

- ◆ **Unidad de competencia.** Por competencia general.

COMPETENCIA GENERAL

Desarrolla acciones de promoción de la salud, del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, sobre riesgos identificados acorde a su nivel cultural, educacional, con enfoque interdisciplinario e intersectorial; respetando su naturaleza humana, para lograr prácticas de vida saludable.

- ◆ **Realización profesional.** Por competencia específica.

COMPETENCIA ESPECÍFICA

Brinda educación a nivel personal, familiar y comunal de acuerdo al paquete educativo, para promover conductas saludables, respetando sus patrones culturales y considerando el perfil socio epidemiológico, con responsabilidad, equidad de género, actitud proactiva e interculturalidad.

- ◆ **Criterios de desempeño.** Para que se cumpla la competencia específica debe responder a las preguntas del **¿cómo?** y **¿qué?** se espera del desempeño de la persona para ser considerada competente. El asignarle criterios o valores permite utilizarla para evaluar el desempeño.

Se observa que participa en la programación mensual de charlas educativas sobre factores de riesgo de TBC, a nivel extramural.

- ◆ **Evidencia de desempeño.** Sirve para juzgar si el trabajador de salud, tiene competencia para el desempeño de las funciones preventiva, promocional, recuperativa y de rehabilitación, de acuerdo a la prioridad sanitaria; por lo tanto, es necesario determinar las evidencias requeridas, para demostrar que los criterios de desempeño han sido completamente cubiertos en el campo de la prácticas de los servicios de salud del primer nivel de atención.

La evidencia del desempeño implica desarrollar los cuatro saberes de las competencias: saber conocer, saber hacer, saber ser y saber convivir; elementos importantes a tener en cuenta en las instituciones de salud, sobre todo cuando el trabajo de las personas está influenciado por la cultura organizacional.

Participa en la programación mensual de charlas educativas sobre factores de riesgo de TBC, a nivel extramural (evidencia directa del saber hacer).

Programación mensual de charlas educativas a la familia y comunidad (evidencia indirecta del saber hacer).

*Educación permanente.
Normas del Programa de Control de Tuberculosis.
Charla educativa protocolizada (evidencia directa del saber conocer).*

Comunicación con calidad (evidencia directa del saber ser).

*Interculturalidad.
Trabajo en equipo (evidencia directa del saber convivir y adaptarse a la realidad con respecto a la cultura de la gente).*

- ◆ **El campo de aplicación**, enuncia las variantes que se expresan en las competencias específicas de acuerdo a la prioridad sanitaria, agrupándolas en categorías de contexto tales como el modelo de atención y el proceso de descentralización.

Comunidad: local de colegios, organizaciones de base como club de madres, comedores, grupos de jóvenes, agentes comunitarios en salud. (¿Dónde?).

Material educativo: plan de charla, material didáctico como rotafolios, técnicas educativas para adulto. (¿Con qué?).

- ◆ **Guía de evaluación**. Sirve para verificar la norma de competencia en campo.

Observación del trabajador llevando a cabo los procesos a que la competencia específica se refiere.

Revisión de los registros HIS, SINCAP, cronograma mensual y plan de charla a las comunidades en riesgo.

1. OBJETIVO

Determinar la norma de competencia por cada competencia específica o realización profesional en el I nivel de atención; de acuerdo a la prioridad sanitaria y según grupo ocupacional.

2. ACTIVIDADES

- 2.1. Se constituirán los mismos grupos que fueron seleccionados para elaboración de competencias específicas.
- 2.2. Se elegirá a 1 coordinador y 1 secretario, quienes organizarán el trabajo de grupo.
- 2.3. La norma de competencia se identificará a partir de la realización profesional o competencia específica, en el área ocupacional respectiva del I nivel de atención.
- 2.4. El grupo formulará la norma de competencia teniendo en cuenta lo siguiente:
 - Criterio de desempeño.
 - Evidencia de desempeño.
 - Evidencia de conocimiento y comportamientos socioafectivos.
 - Campo de aplicación y guía para la evaluación.
- 2.5. El tiempo para desarrollar una norma de competencia es de 05 horas.
- 2.6. Para leer la discusión en plenaria, se contará con 1 hora.

CONSTITUCIÓN DE GRUPOS			
Nº	GRUPOS OCUPACIONALES	Nº	GRUPOS OCUPACIONALES
I	MÉDICOS	VI	QUÍMICO FARMACÉUTICO TÉCNICO EN FARMACIA
II	ENFERMERAS	VII	BIÓLOGO - MICROBIÓLOGO TÉCNICO EN LABORATORIO
III	OBSTETRICES	VIII	GERENTES DE RED SUB GERENTE DE MICRO RED JEFE DE ESTABLECIMIENTO
IV	TÉCNICO ENFERMERÍA	IX	TRABAJADOR DE SERVICIOS
V	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	X	TÉCNICO SANITARIO

- 2.7. La validación de la norma de competencia se realizará en trabajo de campo en los establecimientos seleccionados por el Equipo de Gestión de la Red.
- 2.8. La validación de la norma de competencia estará dirigida a profesionales y no profesionales de la salud que no participaron en el proceso de construcción de las competencias.
- 2.9. El tiempo de duración de la validación es de 2 horas aproximadamente, por cada grupo ocupacional.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE UNA NORMA DE COMPETENCIA

<p>COMPETENCIA GENERAL: la función productiva definida a ese nivel en el mapa funcional. Está conformada por el conjunto de realizaciones profesionales (obtenido del mapa funcional)</p>		
<p>COMPETENCIA ESPECÍFICA: la descripción de un resultado laboral que un trabajador es capaz de lograr (obtenida del mapa funcional).</p>		
<p>CRITERIOS DE DESEMPEÑO: ¿CÓMO? OBJETO + VERBO + CONDICION "CÓMO Y QUÉ HACER"</p>	<p>EVIDENCIAS REQUERIDAS:</p>	
<p>Un resultado y un enunciado evaluativo que demuestra el desempeño del trabajador y por tanto su competencia.</p>	<p>DESEMPEÑO DIRECTO: Situaciones contra las cuales se demuestra el resultado del trabajo.</p>	<p>EVIDENCIAS DE PRODUCTO: Resultados tangibles derivados del desempeño.</p>
<p>CAMPO DE APLICACIÓN: ¿DÓNDE Y CON QUÉ?</p> <p>Incluye las diferentes circunstancias en el lugar de trabajo, materiales y ambiente organizacional en el marco del cual, se desarrolla la competencia.</p>	<p>EVIDENCIAS DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTOS SOCIOAFECTIVOS: SABER: CONOCER, HACER Y SER</p> <p>Especifica el conocimiento que permite a los trabajadores lograr un desempeño competente.</p> <p>Incluye conocimientos sobre principios, métodos o teorías aplicadas, para lograr la realización descrita.</p>	
<p>GUÍA PARA LA EVALUACIÓN: Establece los métodos de evaluación y las mejores formas de recolección de las evidencias para la evaluación de la competencia.</p>		

NORMA DE COMPETENCIA VALIDADA Y ADAPTADA AL MUNDO SANITARIO

AREA OCUPACIONAL: MÉDICO		
<p>COMPETENCIA GENERAL: desarrolla acciones de promoción de la salud, del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, su familia y comunidad, sobre riesgos identificados acorde a su nivel cultural, educacional, con enfoque interdisciplinario e intersectorial, respetando su naturaleza humana, para lograr prácticas de vida saludable.</p>		
<p>COMPETENCIA ESPECÍFICA: brinda educación a nivel personal, familiar y comunal de acuerdo al paquete educativo, para promover conductas saludables, respetando sus patrones culturales y considerando el perfil socioepidemiológico. con responsabilidad, equidad de género, actitud proactiva e interculturalidad.</p>		
Criterios de desempeño ¿cómo?:	Evidencias del desempeño:	
	Desempeño directo	Evidencias del producto
Se observa que participa en la programación mensual de charlas educativas sobre factores de riesgo deTBC, a nivel extramural.	Participa en la programación mensual de charlas educativas sobre factores de riesgo deTBC, a nivel extramural.	Programación mensual de charlas educativas a la familia y comunidad.
Se verifica que planifica el contenido de su exposición.	Planifica el contenido de su exposición.	
Se comprueba que durante la ejecución del tema cuenta con material educativo.	Cuenta con material educativo durante la exposición de su tema.	Hojas HIS correctamente llenadas.
Se observa que ejecuta la actividad educativa, de acuerdo a metodología de adultos, comunicándose con calidad.	Ejecuta la actividad educativa, de acuerdo a metodología de adultos, comunicándose con calidad.	Plan de charlas educativas.
Se comprueba que verifica la comprensión del contenido y realiza retroalimentación del mismo.	Verifica la comprensión del contenido y realiza retroalimentación del mismo.	Material educativo actualizado.
Se verifica que realiza el registro correcto de la actividad educativa y asistencia de participantes.	Realiza el registro correcto de la actividad educativa y asistencia de participantes.	Formatos del SIMCAP correctamente llenados.
Campo de aplicación ¿dónde y con que?: Comunidad: local de colegios, organizaciones de base como club de madres, comedores, grupos de jóvenes, agentes comunitarios en salud. Material educativo: plan de charla, material didáctico como rotafolios, CD, televisor, DVD, o VHS. Hojas HIS. Formatos SIMCAP (Sistema de Información y Monitoreo de la Capacitación). Trabajo en equipo.	Evidencias de conocimiento y comportamientos socioafectivos: SABER: CONOCER, HACER Y SER Normas del Programa de Control de Tuberculosis. Charla educativa protocolizada. Educación permanente. Metodología de adultos. Comunicación con calidad. Derecho del usuario. Interculturalidad. Trabajo en equipo. Liderazgo, promoción de la salud, estrategias, políticas, etc.	
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN: Observación del trabajador llevando a cabo los procesos a que la competencia específica se refiere. Revisión de los registros HIS, SIMCAP, cronograma mensual y plan de charla a las comunidades en riesgo.		

Capítulo IV

INSTRUMENTOS



INSTRUMENTO N° 1 "FACTORES FACILITADORES Y RESTRICTORES"

EJES	FACTORES RESTRICTORES	FACTORES FACILITADORES
MODELO DE ATENCIÓN	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
DESCENTRALIZACIÓN	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA	1	
	2	
	3	
	4	
	5	



INSTRUMENTO N° 2: "IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACION DE PROBLEMAS"

PROBLEMA SANITARIO EN LA PRESTACIÓN	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	COSTO BENEFICIO	IMPACTO	PUNTAJE TOTAL	PRIORIDAD
	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL		
ATENCION INTEGRAL NIÑO, ADOLESCENTE, ADULTO Y ADULTO MAYOR							

PROBLEMA SANITARIO EN LA PRESTACIÓN	MAGNITUD	TRASCENDENCIA	VULNERABILIDAD	COSTO BENEFICIO	IMPACTO	PUNTAJE TOTAL	PRIORIDAD
	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL	SUB TOTAL		
GESTIÓN DE RECURSOS							
1							
2							
3							
USO DE LA INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIONES							
1							
2							
3							
ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS							
1							
2							
3							
EDUCACIÓN PERMANENTE							
1							
2							
3							
RELACIÓN PROVEEDOR - USUARIO							
1							
2							
3							



INSTRUMENTO N° 3: "MODELO SANITARIO"

PROBLEMAS SANITARIOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SEGÚN CICLOS DE VIDA		OBJETIVOS SANITARIOS				FUNCIONES DE LOS EE.SS. DEL I NIVEL DE ATENCIÓN		
		Prevent.	Promoc.	Recup.	Rehab.	Ind.	Fam.	Com.
NIÑO	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
ADOLESCENTE	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
ADULTO	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
ADULTO MAYOR	1							
	2							
	3							
	4							
	5							

	PROBLEMAS SANITARIOS IDENTIFICADOS EN LA PARTE GERENCIAL O ADMINISTRATIVA	OBJETIVOS DESARROLLO INSTITUCIONAL			COMPET. SERV.	COMPET. INSTIT.	COMPET. SECT.
		SERVICIO	INSTITUCIONAL	SECTORIAL			
GESTIÓN DE SERVICIOS	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
EDUCACIÓN PERMANENTE	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
SISTEMA DE INFORMACIÓN	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
RELACIÓN CON EL USUARIO Y COMUNIDAD	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS	1						
	2						
	3						
	4						
	5						



**INSTRUMENTO N° 4
PERFIL OCUPACIONAL POR COMPETENCIAS
CARACTERÍSTICAS DE LA OCUPACIÓN**

CARGO

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA OCUPACIÓN

Reportará a:

- Lugar de trabajo:
- Horario de trabajo:
- Zona de trabajo:
- Riesgo laboral:
- Tipo de actividades:

Tiempo de dedicación a las actividades:

RURAL	%	URBANA	%
Asistencial		Asistencial	
Preventivo-promocional Recuperativo-rehabilitación		Preventivo-promocional Recuperativo-rehabilitación	
Administrativo y gestión		Administrativo y gestión	
Docente - educativa		Docente - educativa	
Investigación		Investigación	

II. REQUISITOS GENERALES DEL CARGO

Conocimientos

- Estudios de formación:
- Grado y título:
- Experiencia laboral:
- Otros conocimientos:
- Idioma:
- Características físicas :
- Deseable:

REQUISITOS ACTITUDINALES

- Ética y Deontología:
- Comunicación:
- Trabajo en equipo:
- Docencia:
- Presentación personal:

INSTRUMENTO Nº 5: "COMPETENCIAS GENERALES"

PROPÓSITO	NIVEL DE ATENCIÓN	COMPETENCIA GENERAL		
		SUJETO DE ATENCIÓN		
EJE PRESTACIÓN		INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIO
	Prevención	1.		
		2.		
		3.		
	Promoción	1.		
		2.		
		3.		
	Recuperativo	1.		
		2.		
		3.		
	Rehabilitacional	1.		
		2.		
		3.		

INSTRUMENTO Nº 5: "COMPETENCIAS GENERALES"

PROPÓSITO	COMPONENTES DE GESTIÓN	COMPETENCIAS GENERALES		
		AMBITOS DE INTERVENCIÓN		
		SERVICIOS	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
	Gestión y provisión de recursos humanos			
	Uso de la información			
	Estandarización de los procedimientos			
	Educación permanente			
	Relación proveedor usuario			

INSTRUMENTO N° 6: "COMPETENCIAS ESPECÍFICAS"

PROPÓSITO PRINCIPAL	PRIORIDAD SANITARIA	COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			SUJETO DE ATENCIÓN		
			INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIO
		Prevención			
		Promoción			
		Recuperativo			
		Rehabilitacional			

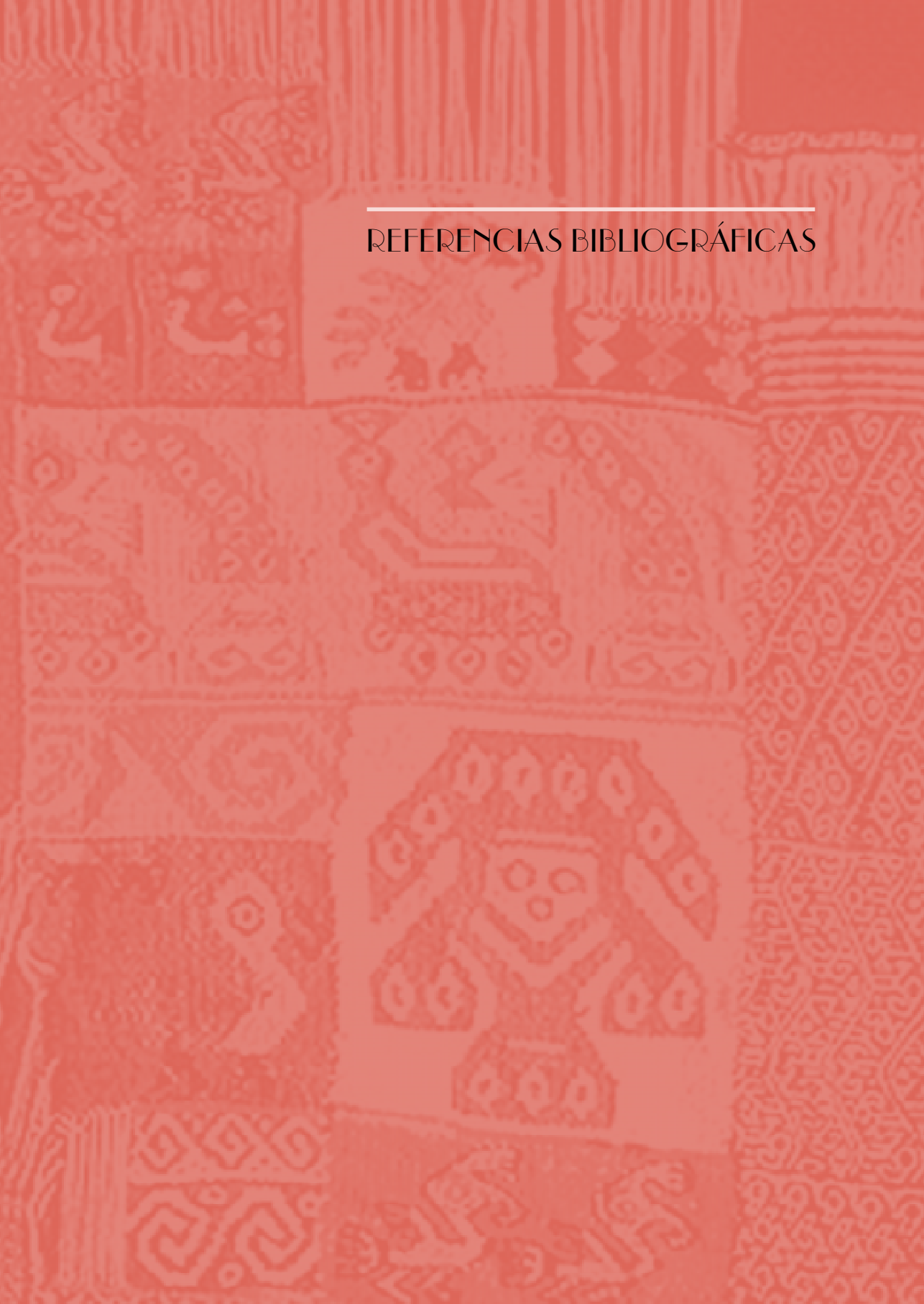
PROPÓSITO PRINCIPAL	COMPONENTES DE GESTIÓN	COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS		
			ÁMBITO DE INTERVENCIÓN		
			SERVICIO	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD
		Gestión de los recursos humanos			
		Uso de la información			
		Estandarización de los procesos			
		Educación permanente			
		Relación proveedor - usuario			



NORMA DE COMPETENCIA

GRUPO OCUPACIONAL:		
COMPETENCIA GENERAL		
COMPETENCIA ESPECÍFICA		
CRITERIOS DE DESEMPEÑO: ¿CÓMO?	EVIDENCIAS REQUERIDAS:	
	DESEMPEÑO DIRECTO:	EVIDENCIAS DE PRODUCTO:
CAMPO DE APLICACIÓN: ¿DÓNDE Y CON QUÉ?	EVIDENCIAS DE CONOCIMIENTO Y COMPORTAMIENTOS SOCIOAFECTIVOS: SABER: CONOCER, HACER, SER Y CONVIVIR.	
GUÍA PARA LA EVALUACIÓN:		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- 1 IDREH. MINSA. Términos de Referencia para estudio de recolección y diseño de perfiles ocupacionales para el primer nivel de atención, 2003).
- 2 MINSA. Dirección general de salud de las Personas. La Salud Integral: Compromiso de todos. El Modelo de Atención Integral de Salud. 2003
- 3 De Estefanía J. Contra el pensamiento único /2.ª ed.). Madrid: Taurus, 1997.
- 4 IDREH, MINSA Bases para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos / Perú. Ministerio de Salud. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.- - 2a Edición-- Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2004. 132 pp.
- 5 MINSA. DGSP. LA SALUD INTEGRAL: COMPROMISO DE TODOS. El Modelo de Atención Integral de Salud, aprobada por
- 6 UNI-Trujillo. Vigilancia Familiar. Paquete Básico de Servicios de Salud. Trujillo, Mimeo. 1999
- 7 Rebaza, Henry. Organización de servicios por niveles de Atención. Dirección Regional de salud de La Libertad. Trujillo, Perú, 1999
- 8 Morillo, A y Rebaza , H. Desempeño del sistema de vigilancia comunal de salud. UNT, Trujillo, Perú, 2003.
- 9 -APRISABAC. Modelo de Atención en Salud. Lima, MINSA. 1999.
- 10 MINSA-Región San Martín. Atención Integral del Niño. Tarapoto, MINSA. 1999
- 11 MINSA-PSNB. Proyecto Salud y Nutrición Básica-Informe Final. Lima, MINSA. 2001.
- 12 Muir Grey JA. Atención sanitaria basada en la evidencia. Madrid: Churchill Livingstone, 1997.
- 13 Informe al país. Situación y Desafíos de los Recursos humanos en Salud. IDREH. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud N°1, Lima, Perú 2005.
- 14 McCorcle, Heet NS. The "success test": validating the competences required for healthcare leadership. *But Pract Benchmarking Health Best* 1997; 2: 63-70.
- 15 Gelb MJ. Pensar como Leonardo da Vinci (1.ª ed.). Barcelona: Planeta, 1998
- 16 JA. Teoría de la inteligencia creadora (1.ª ed). Madrid: Compactos Anagrama, 1993
- 17 Hesselbein F, Goldsmith M, Beckhard R. Fundación Peter Drucker. El líder del futuro (1.ª ed.). Bilbao: Deusto, 1996
- 18 IDREH, MINSA Bases para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos / Perú. Ministerio de Salud. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.- - 2a Edición-- Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2004. 132 pp.
- 19 Institute. Diversos materiales curriculares e informes de investigaciones. Milwaukee, EEUU
- 20 IDREH, MINSA Bases para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos / Perú. Ministerio de Salud. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.- - 2a Edición-- Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2004. 132 pp.
- 21 BRITO Pedro. OPS. y Desafíos y problemas de la Gestión de recursos humanos de salud en las Reformas Sectoriales.
- 22 IDEM BRITO Pedro. OPS. y Desafíos y problemas de la Gestión de recursos humanos de salud en las Reformas Sectoriales
- 23 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 24 IDEM anterior
- 25 Mertens, Leonard. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo: Cinterfor/OIT 1996
- 26 Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado. Santiago de Chile, 1992

- 27 PNUD. La perspectiva del Desarrollo Humano para el Perú. Capítulo 1. Informe. Lima. 2002
- 28 OPS. Rovere Mario. "Planificación Estratégica de Recursos humanos en Salud". En Serie Desarrollo de Recursos Humanos; p. 96. 1993
- 29 CEPAL. Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad. Santiago de Chile, 1992
- 30 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 31 Commission Européenne. Formation et jeunesse: livre blanc sur l'éducation et la formation. Enseigner et apprendre: vers la société cognitive. 1995
- 32 Cuervo J. Varela J. Belenes R, "Gestión de Hospitales" Editorial Vicens Vives. Madrid - España, 1994
- 33 BRITO Pedro. OPS. Desafíos y problemas de la Gestión de Recursos Humanos de salud en las Reformas Sectoriales. p. 6
- 34 III Reunión de Ministros de Salud de IBEROAMERICA. "Declaración final". La Habana. Cuba. Octubre del 2001
- 35 Formación, Trabajo y Conocimiento, en Papeles de la Oficina Técnica N° 7 Cinterfor/OIT 1999.
María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 36 OIT, Memoria del Director General, 87° Conferencia General 1999
- 37 Decourt, Jacques. The role of the company in lifelong learning. En: CEDEFOP. Ágora II: the role of the company in lifelong learning. Thessaloniki, 1997.
- 38 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud.
- 39 Idem. Anterior.
- 40 OPS. Educación médica y salud v.29, n. 3 y 4, 1995. Documento de un grupo de trabajo sobre educación permanente en salud.
- 41 Organización Panamericana de la Salud. 1997
- 42 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 43 Bolaños, Fernando. Informe Final: "Definición del Perfil de Competencias Básicas para la prestación de servicios en el marco del modelo de Atención Integral". UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) MINSA, Mayo 2002
- 44 Ducci, M. Angélica. El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional. En: Seminario Internacional sobre Formación Basada en Competencia Laboral. Situación actual y perspectivas, Guanajuato, México, 1996. Documentos presentados en Montevideo: Cinterfor/OIT, 1997.
- 45 AFNOR, Norme française NFX 50-750. Formation Professionnelle: Terminologie. Paris: ICS, 1996. 01.040.03.100.30
- 46 CONOCER. Competencia Laboral. México, 1986.
- 47 IHCD, Operational guidelines and advice for approved centers. Bristol, Reino Unido, 1998
- 48 Le Boterf, Guy, L'ingénierie des compétences. Paris: d'Organisation, 1998
- 49 Gallart, M. Antonia; Bertocello, Rodolfo. Cuestiones actuales de la formación. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1997. Papeles de la Oficina Técnica, 2
- 50 Rojas, Eduardo. El saber obrero y la innovación en la empresa. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1999

- ⁵¹ Pinto Cueto, Luisa. Currículo por competencias: necesidad de una nueva escuela, *Tarea: revista de educación y cultura*. Lima, n.43, 1999
- ⁵² Masterpasqua, cita en Boekaert, Monique. Subjective competence, appraisals and self-assessment. *Journal of the European Association for Research on Learning and Instruction*. Bélgica, Universidad de Lovaina, v.1, n.1, 1991
- ⁵³ Huaman, Lizardo. Propuesta Técnica: METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD. DGSP. D.E de GESTIÓN SANITARIA. MINSA., Lima, Perú. Año 2003
- ⁵⁴ IDEM anterior
- ⁵⁵ Huaman, Lizardo. Propuesta Técnica: METODOLOGÍA PARA LA FORMULACIÓN DEL PERFIL DE COMPETENCIAS DE LOS EQUIPOS DE SALUD. DGSP. D.E de GESTIÓN SANITARIA. MINSA., Lima, Perú. Año 2003.
- ⁵⁶ Ashton, David. La enseñanza técnica y profesional y la adquisición de calificaciones en el Reino Unido. *Revista de Trabajo, Formación Profesional*. Año 1 N° 1, Marzo Abril, Buenos Aires, 1994
- ⁵⁷ IDREH, MINSA Bases para la orientación de la gestión descentralizada de recursos humanos / Perú. Ministerio de Salud. Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.- - 2a Edición-- Lima: Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, 2004. 132 pp.
- ⁵⁸ XIX Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP) "De la Realidad a las Disciplinas: Estructuración de las Respuestas Educativas con Base en las Competencias de las Instituciones y de la Fuerza de Trabajo". Luis Ruiz. La Habana, 2- 4 de julio de 2000
- ⁵⁹ Gonczi, A. International Perspectives on Competence Based Education, Paper presented at CBI International Conference, Holland, Prince Edward Island, 1994).
- ⁶⁰ (Brown, J.S., Collins, A. and Duguid, P., *Situated Cognition and the Culture of Learning*. Educational Researcher, 1989).
- ⁶¹ Prawat, R.S. The Value of Ideas Problems versus possibilities in Learning, *Educational Researcher*, 20. Aug/Sept, 1993
- ⁶² Scribner, S. Studying working intelligence, In B. Rogoff and Lave. *Everyday Cognition: Its development in social context*, Cambridge, Cambridge University Press, 1984
- ⁶³ Rebaza, Henry. Documento base de conceptos para un modelo sanitario. Documento de trabajo, 2005
- ⁶⁴ María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- ⁶⁵ IDEM anterior
- ⁶⁶ IDEM anterior
- ⁶⁷ Zarifian, Phillippe. *Éloge de la civilité*. París : L'harmattan, 1997
- ⁶⁸ María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- ⁶⁹ IDEM anterior
- ⁷⁰ Drucker, Peter. *Management, challenges for the 21st century*. Nueva York: Harper Collins, 1999.
- ⁷¹ María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud.
- ⁷² IDEM anterior
- ⁷³ IDEM anterior
- ⁷⁴ IDEM anterior
- ⁷⁵ IDEM anterior

- 76 Vargas, Fernando, La definición de cada uno de los procesos se basó en: Las 40 preguntas más frecuentes sobre competencia laboral, Cinterfort/OIT,1999, www.cinterfor.org.uy/competencias
- 77 FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS
- 78 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 79 IDEM anterior
- 80 Pujol, Jaime, Análisis Ocupacional. Manual de aplicación para instituciones de formación, Cinterfor/OIT Montevideo 1980
- 81 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 82 Desarrollando un currículum
- 83 Uno de los promotores más importantes en los EE.UU. es la Universidad del Estado de Ohio
- 84 En algunas versiones de la metodología DACUM se pide explícitamente que sean los mejores trabajadores
- 85 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 86 IDEM anterior
- 87 Jones, Martin. Dacum approach to job analysis.2001
- 88 Mertens, Leonard, Competencia laboral: sistema, surgimiento y modelos. Montevideo, Cinterford/OIT.1996
- 89 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 90 IDEM anterior
- 91 Mertens, Leonard. Metodología AMOD, para la construcción de un currículo de capacitación. 1998.
- 92 IDEM anterior
- 93 Van der Werff, Karel. Desarrollo sistemático e instruccional de un currículo. Managua: INATEC; OIT, 1999
- 94 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 95 IDEM anterior
- 96 Rojas, Eduardo. El saber obrero y la innovación en la empresa. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1999
- 97 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 98 Mertens, Leonard. Competencia Laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo: Cinterfor/OIT 1996
- 99 Servicio Nacional de aprendizaje (SENA). División de estudios ocupacionales. Bogota, 1996
- 100 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- 101 CONOCER, El enfoque del análisis funcional, México 1998. www.cinterfor.org.uy Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Guía para la elaboración de unidades de competencia y titulaciones, con base en el análisis funcional, División de Estudios Ocupacionales, Colombia 1999.
- 102 María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud

- ¹⁰³ IDEM anterior
- ¹⁰⁴ IDEM anterior
- ¹⁰⁵ Mertens, Leonard. Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo; Cinterfor/OIT 1966
- ¹⁰⁶ María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud
- ¹⁰⁷ IDEM anterior
- ¹⁰⁸ IDEM anterior
- ¹⁰⁹ IDEM anterior
- ¹¹⁰ Mg. Henry Rebaza Iparraguirre, Lic. Jany Aldave Rodríguez y Dr. Julio Alvarez Riega.
- ¹¹¹ María Irigoin / Fernando Vargas - Competencia Laboral: Manual de Conceptos, Métodos y Aplicaciones en el Sector Salud